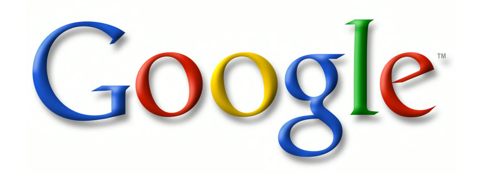
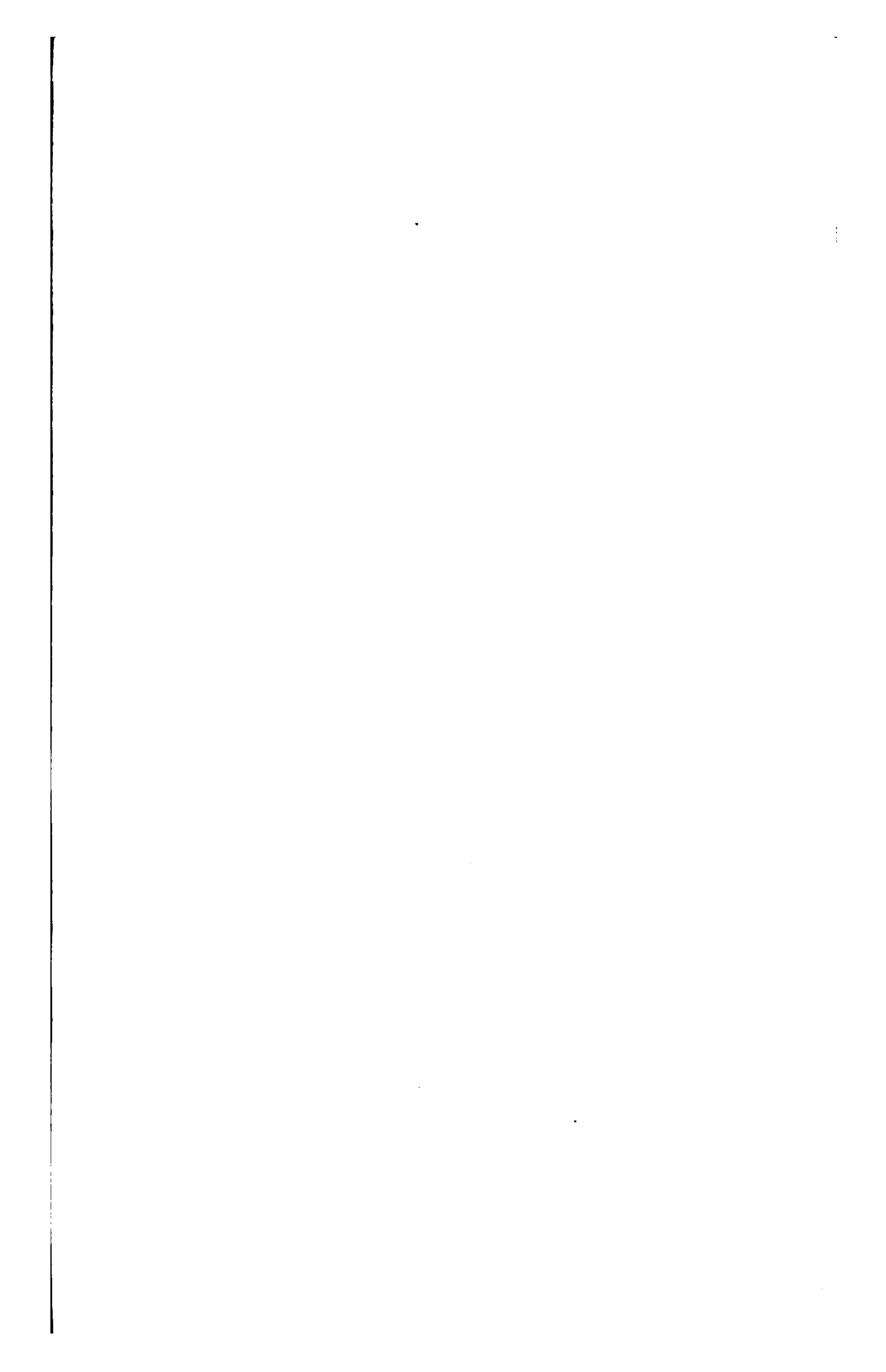




Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **F. Cardone** (Neapel), **O. Chiari** (Wien), **L. Góngora** (Barcelona), **Th. Heryng** (Warschau), **M. Johnston** (Edinburgh), **G. Jonquière** (Bern), **W. Landgraf** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New-York), **H. Luc** (Paris), **N. Lunin** (St. Petersburg), **P. McBride** (Edinburgh), **H. Mendel** (Paris), **E. J. Moure** (Bordeaux), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **G. Sentiñon** (Barcelona)

herausgegeben

von

FELIX SEMON

London.

Neunter Jahrgang.

(Juli 1892 bis Juni 1893.)

Berlin, 1893.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

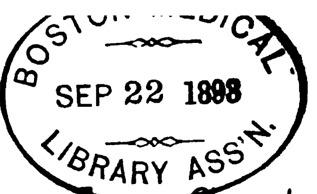
a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. **Berlin, Juli.** **1892. No. 1.**

I. Die laryngologische Literatur des Jahres 1891.

Die Statistik der laryngologischen Literatur des Vorjahres bestätigt, wie die folgende Tabelle zeigt, unsere Voraussage hinsichtlich der zu erwartenden weiteren Zunahme der literarischen Thätigkeit auf unserem Gebiete.

Länder.	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	75	167	99	107	150	30	33	661
Grossbritannien und Colonien	44	94	80	98	114	53	28	511
Deutschland	55	109	84	63	166	24	7	508
Frankreich	40	85	116	42	111	27	13	434
Italien	50	33	27	29	55	9	1	204
Oesterreich-Ungarn	17	23	15	11	45	6	2	119
Belgien und Holland	5	16	17	16	31	4	7	96
Spanien	6	14	16	24	25	2	1	88
Russland	10	12	17	4	15	1	3	62
Polen	2	6	8	3	8	1	2	30
Schweiz	2	6	3	—	10	5	1	27
Scandinavische Königreiche	1	5	5	5	4	—	1	21
Zusammen	307	570	487	402	734	162	99	2761

Den 2375 Arbeiten des Jahres 1890 stehen also diesmal 2761 gegenüber, und bedenkt man, dass in den Jahren 1888/89 nur 1869 resp. 1871 laryngo-rhinologische Beiträge, im Jahre 1887 nur 1550 zu verzeichnen waren, so ergiebt sich hieraus, dass im Laufe der letzten fünf Jahre die literarische Thätigkeit auf unserem Gebiete, die vorher schon wahrlich bedeutend genug war, nahezu um das Doppelte gestiegen ist! — Ob die praktischen Ergebnisse

dieser angestrengten Thätigkeit entsprochen haben, ist eine Frage, deren Beantwortung jedem Fachgenossen überlassen bleiben darf.

Hinsichtlich der Zahl der Beiträge aus den einzelnen Ländergebieten sind wieder beträchtliche Verschiebungen zu verzeichnen: Nordamerika hat zwar die Führung und Grossbritannien die zweite Stelle beibehalten, dagegen hat Deutschland Frankreich überflügelt, und ebenso Italien Oesterreich-Ungarn. Bemerkenswerth ist die bedeutende Zunahme der italienischen, wie die starke Abnahme der scandinavischen Arbeiten.

Zum Schlusse richten wir wieder an alle Autoren die dringende Bitte um Zusendung von Separatabdrücken an unsere Mitarbeiter.

II. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, Parotis etc.

1) **Ad. Lorenz** (Wien). **Zur Pathologie und Therapie des Schiefhalses.** Vortrag gehalten in der Gesellsch. der Aerzte in Wien am 20. Febr. 1891. — *Wiener klin. Wochenschr. 1891. 5. März* und *Allg. Wien. med. Zeitung. 3. März 1891.*

Der erste seltenere Typus ist verbunden mit Drehung des Kopfes nach der kranken Seite, der zweite häufigere mit Drehung nach der gesunden. Beim ersten ist eine Cervicalscoliose, beim zweiten auch schon compensirende Dorsalscoliose vorhanden. Die Therapie besteht in Beseitigung der Weichtheilverkürzungen durch Schnitt mit darauffolgenden passiven und später activen Umkrümmungen der scoliotischen Wirbelsäule durch lange Zeit hindurch. Der Erfolg ist dauernde Heilung ohne Maschinen. CHIARI.

2) **Kronacher. Zur Casuistik der tiefliegenden Phlegmone in der Mittellinie der vorderen Halsregion.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 44. 1891.*

Der Fall betrifft einen 42jährigen Mann, bei dem sich ein Abscess zwischen den beiden Halsfascien zwischen dem Isthmus der Schilddrüse und dem Manubrium sterni entwickelt hatte; wahrscheinlich waren Streptococcen von der Trachea aus eingewandert und hatten die Eiterung erzeugt. SCHECH.

3) **Rich. Paltauf** (Wien). **Ueber besondere Formen von Halsgeschwülsten.** Vortrag gehalten in der Sitzung der Gesellsch. der Aerzte am 20. Nov. 1891. *Wien. klin. Wochenschr. 1891. No. 48.*

P. bespricht zunächst Geschwülste, die aus verlagerten Schilddrüsen, aus embryonalen Keimen in Speicheldrüsen, aus Resten der Kiemenspalten und als Metastasen von kleinen, schwer sichtbaren Rachenkrebsen sich entwickeln. Ferner zeigt er 4 Fälle von Geschwülsten der Glandula intercarotica, die er ge-

nau untersuchte. Sie sind als Endotheliome oder Peritheliome aufzufassen. Ausführliche Publication folgt später.

CHIARI.

4) **Mettenheimer jr.** (Schwerin). **Ein Beitrag zur Albuminurie bei Parotitis.**

7jähriges Mädchen mit Parotitis und Albuminurie. Heilung. SEIFERT.

5) **H. B. Donkin** (London). **Einseitige Parotitis. (Unilateral parotitis.)** *Lancet. 12. Decemb. 1891.*

6) **Frank Nicholson** (Hull). **Dasselbe.** *Lancet. 19. Decemb. 1891.*

Beides Briefe an den Herausgeber über Fälle, in denen die Parotitis sich mit Magengeschwüren verbindet.

D. glaubt, dass die Trockenheit der Mundschleimhaut und der Verschluss des Ductus Stenonianus die Ursache dieser Complication bilden kann. N. hebt hervor, dass in seinem Falle keine Trockenheit des Mundes vorlag.

MACKENZIE-JOHNSTON.

7) **E. A. Barton** (London). **Parotitis bei Magengeschwür. (Parotitis in gastric ulcer.)** *Lancet. 26. December 1891.*

In einem Brief an den Herausgeber spricht B. von zwei den Donkin'schen ähnlichen Fällen. Der Verf. glaubt an einen bisher unerklärten Zusammenhang zwischen der Haematemesis und der eitrigen Parotitis.

MACKENZIE-JOHNSTON.

8) **Zirm** (Wien). **Chronische Schwellung der Thränendrüsen und der Ohrspeicheldrüsen. Intercurrirendes Erysipelas faciei. Fast vollständige Rückbildung der Schwellung der Thränen- und Ohrspeicheldrüsen. Chronische, schmerzlose, harte Schwellung fast aller Lymphdrüsen. Nach Ablauf des Erysipels wachsen die Thränendrüsen und Ohrspeicheldrüsen wieder nach; die Lymphdrüsen waren überhaupt unverändert geblieben.** Gesellsch. d. Aerzte. 18. Dec. 1891. *Wien. klin. Wochenschr. 1891. No. 52.*

Excidirte Stückchen aus den Thränendrüsen zeigten Drüsengewebe durchsetzt von reichlichem Granulationsgewebe, welches an einzelnen Stellen Nekrosirung, Verkäsung oder fibröse Degeneration darbot. Das Drüsengewebe war dadurch vielfach verdrängt, zerstört. Tuberkelbacillen fanden sich nirgends.

CHIARI.

9) **E. Fuchs** (Wien). **Gleichzeitige Thränendrüsen- und Ohrspeicheldrüsen-Geschwulst.** Demonstrirt i. d. Gesellsch. d. Aerzte am 18. Dec. 1891. — *Wiener klin. Wochenschr. 1891. No. 52.* und *Beiträge zur Augenheilkunde von Deutschmann. 1891. III. Heft.*

Bei dem 61jährigen Kranken, der sonst ganz gesund ist, bestehen die harten Anschwellungen seit 2 Jahren, gingen etwas auf Arsen zurück, um beim Aussetzen desselben wieder zu wachsen. Ein aus den Thränendrüsen ausgeschnittenes Stück zeigte sich als Lymphomgewebe.

F. unterscheidet 4 Arten dieser Erkrankung: 1. Acute oder chronische Schwellung der Thränendrüsen; 2. Mumps der Gland. lacrymales et Gl. parotis; 3. Lymphome oder Lymphosarcome der Gl. lacrym., parotis, submaxill. und sub-

linguales; 4. chronische Schwellung der Gl. lacrym. et Gl. lymphatic. capitis et colli.

CHIARI.

10) **Burkart** (Erbach). **Beitrag zur Kenntniss der Parotiscysten.** Inaug.-Dissert. Würzburg. 1891.

Beschreibung eines Präparates, über welches nähere Notizen fehlten. Es handelte sich um die Bildung mehrfacher Cysten in der unteren Hälfte der Parotis, die auf Grund der histologischen Untersuchung als Retentionscysten anzusehen sind. Auf welche Weise der Abfluss des Speichels verhindert wurde, konnte B. nicht eruiren.

SEIFERT.

11) **Moriarty** (Cork). **Demonstration eines Präparates. (Specimen.)** *Brit. Med. Journ. 14. März 1891.*

Ein aus der Parotisgegend exstirpirter Tumor, demonstrirt in der Cork Medical and Surgical Association.

MACKENZIE-JOHNSTON.

12) **V. Babesch** u. **Al. Talaschescu** (Bukarest). **Ueber die Bildung von Crystallen in Parotisgeschwülsten. (Despre formatsiunea de cristale in tumori parotidiene.)** *Clinica. 1891. No. 1.*

Verff. beschreiben eine hühnereigrosse Ohrspeicheldrüsengeschwulst (aus der Klinik Prof. Assaky's herrührend), in der sie gut ausgebildete Crystalle fanden, die sich bei genauer Untersuchung als aus Hämatoidin bestehend erwiesen. Zur Erklärung dieses Befundes könnte man entweder annehmen, dass es sich um unbenutzt gebliebenes Material zur Blutbildung handelte, oder aber dass die Crystalle Ueberreste einer im Innern der Geschwulst stattgefundenen Blutung darstellen.

SENTINON.

13) **G. Killian** (Freiburg). **Notiz zur Anwendungsweise der Trichloressigsäure in Nase und Rachen.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 39. 1891.*

Killian applicirt die Säure nicht in Crystallform, sondern in concentrirter Lösung auf einem um eine Sonde gewickeltem Wattebäuschchen; die zu ätzende Stelle muss aber mindestens zweimal überstrichen werden; da Trichloressigsäure mehr schmerzt, als der Galvanocauter, muss gut mit 20proc. Cocainlösung anästhesirt werden. Im Rachen leistet die reine Säure ungefähr soviel wie Lapis in Substanz.

SCHECH.

14) **v. Szoldrski. Beitrag zur Anwendungsweise der Trichloressigsäure in Nase und Rachen.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 46. 1891.*

In der Jurasz'schen Klinik in Heidelberg wird die Trichloressigsäure in Crystallform angewendet; als Aetzmittelträger dienen 2 Instrumente.

Das eine von ihnen ist eine geknöpfte Sonde; an der Spitze des Kopfes in der Axe der Sonde befindet sich eine Vertiefung. Beim Gebrauche wird der Sondenknopf gegen die Crystalle fest angedrückt, worauf in der Vertiefung ein entsprechend grosser Crystall haften bleibt; der Stiel muss gereinigt werden; die Sonde wird besonders zur Aetzung des vorderen Endes der unteren und mittleren Muschel und der Granula benutzt. Das zweite Instrument ausschliesslich zur Aetzung der unteren Muschel in ganzer Ausdehnung bestimmt, stellt eine

1 cm breite, 14 cm lange Platte vor, deren eine Wand eben und deren andere Wand planconvex ist; an der letzteren, 8 mm von der Spitze entfernt befindet sich eine runde Vertiefung zur Aufnahme des Crystalles; die Aetzung wird 2 bis 3 Mal in Zwischenräumen von 8—10 Tagen ausgeführt; die Resultate sollen denen der Galvanocaustik gleichkommen, für intensivere Eingriffe ist die Crystallform vorzuziehen.

SCHECH.

15) **v. Szoldrski. Ueber den Nutzen des Cresoljodids bei Kehlkopf- und Nasenkrankheiten.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 43. 1891.*

Das Cresoljodid (Europhen) ist ein sehr brauchbares Mittel bei Hypersecretion der Schleimhaut, auch empfiehlt es sich als Desinficiens nach Operationen in Nase und Kehlkopf. Szoldosti wendete es an erfolglos bei Laryngitis chronica, mit etwas besserem Erfolge bei Tuberculosis laryngis. Bei Ozaena erzielt man durch mehrwöchentliches Einlegen eines Salbentampons mit Europhen allerdings Besserung, sie ist aber nicht auffallender und anhaltender, als bei anderen Mitteln.

SCHECH.

16) **V. Bogrow** (Odessa). **Fuchsin bei Krankheiten des Rachens und des Kehlkopfs. (O primeneníi Fuchsina pri bolesnjach sewa i gortani.)** *Wratsch. 1891. No. 16.*

In der Voraussetzung, dass die Anilinfarben tiefer ins Gewebe einzudringen vermögen, proponirt B. die Antiseptica in Lösungen von Anilinfarben anzuwenden. B. benutzt schon lange dazu das Fuchsin. Eine Mycose des Pharynx, die den stärksten Antisepticis trotzte, heilte schnell, als der Sublimatlösung Fuchsin hinzugefügt wurde. Ebenso will Verf. bei ausgebreiteter oder beginnender Kehlkopftuberculose die Antiseptica in Fuchsinlösung benutzen. Durch das Eindringen der Fuchsinlösung in die Schleimhaut, können die Antiseptica besser wirken und die noch gesunde Schleimhaut wird vor Erkrankungen in Folge des ausgehusteten Bacillen-enthaltenden Schleimes geschützt.

LUNIN.

17) **R. P. Lincoln. Die Benutzung des Pyoktanins, eines Antisepticums, bei Krankheiten der oberen Luftwege. (The use of pyoctanin, an antiseptic, in diseases of the upper air-passages.)** *N. Y. Medical Journ. 31. Octob. 1891.*

Pyoctanin ist Methylviolett. „Die Wirksamkeit des Mittels schien in der begrenzten Zahl von Fällen, in denen ich es versuchte, eine so ausgesprochene zu sein, dass ich hoffe, durch meinen Bericht Andere zur Beobachtung anzuregen und dadurch zu einer schnelleren Bestimmung des Platzes, der dem Mittel in unserer Pharmakopoë gebührt, beizutragen."

„Das Pyoctanin coagulirt Eiweiss nicht; es hat eine starke Fähigkeit, in die Gewebe einzudringen und sich zu verbreiten und vermag darum nicht gegen die Krankheitskeime eine Schutzwehr zu bilden. Es vernichtet die Bacterien schnell; selbst eine schwache Lösung verhindert die Entwicklung aller Microorganismen. Es ist leicht in Wasser und in den Derivaten des Petroleums löslich. Nachtheilig wirkt seine starke Färbekraft, die zu störenden Flecken führt; diese sind aber auch an exponirten Partien durch Anwendung besonderer Sorgfalt zu vermeiden."

„In Fällen von eitriger Ethmoiditis, besonders wo ich in Folge zufälliger

Verbildungen im Stande war, die erkrankten Partien zu erreichen, wurde relativ schnelle Besserung erreicht, wofern noch nicht Necrose vorhanden war; in diesem Falle wurde erst der Detritus entfernt und dann liess sich die Krankheit unschwer bessern. Wo Ulceration der Schleimhaut und Eiterung besteht, da halte ich das Mittel für ganz besonders nützlich. Ich habe in mehreren Fällen beobachtet, dass sich Erosionen und ungesunde Granulationen am Septum narium in ganz kurzer Zeit glätteten und heilten. Granulationen am Rande einer Perforation der Nasenscheidewand führen leichter zur Vernarbung, wenn man sie mit einer Salbe von 1,25 Pyoctanin auf 30 gr Vaselin bedeckt hält."

„Das Pyoctanin ist als locales Mittel bei allen acuten folliculären Entzündungen von Nutzen und ganz besonders bei den chronischen folliculären Erkrankungen der Tonsillen und des weichen Gaumens, wo wir den eingedickten Schleim oft mit Microorganismen z. B. Leptothrix buccalis durchsetzt finden. Der Effect einer 50 $^0/_0$ Lösung ist in Fällen der letztgenannten Art unmittelbar für den Beobachter ersichtlich."

„Ich habe das Mittel nur in zwei Fällen von sicherer Diphtherie angewandt; beide heilten ohne Folgeerkrankungen." LEFFERTS.

18) **St. Hilaire. Demonstration der lokalen anaesthesirenden Eigenschaften des Antipyrins und seine Anwendung bei gewissen Affectionen des Halses und des Kehlkopfs. (Demonstration des propriétés anaesthesiques locales de l'antipyrine. De son emploi dans certaines affections de la gorge et du larynx.)** *Archives de laryngologie. Sept.-Octob. 1891.*

Das Antipyrin macht nach Verf.'s Angaben bei localer Anwendung sehr schnell alle Symptome verschwinden, die durch eine gesteigerte Sensibilität des Rachens und des Kehlkopfs bedingt sind. Die Anaesthesie, die man erzielt, ist eine vollständige, sie dauert ungefähr 1 Stunde; freilich braucht man dazu starke Lösungen (4:10 gr). Den Schmerz, der unmittelbar nach der Application des Antipyrins empfunden wird, kann man durch Zusatz kleiner Mengen von Cocain vermeiden. E. J. MOURE.

19) **E. B. Gleason. Der Werth des Antipyrins als lokalen Mittels bei Entzündungen der Schleimhaut der oberen Luftwege. (Value of antipyrine as a local application in inflammation of the mucous membrane of the upper respiratory tract.)** *Med. and Surg. Reporter. 31. Octob. 1891.*

G. empfiehlt nachdrücklich einen Spray von 4procentiger Antipyrinlösung als locales Analgeticum und Antispasmodicum. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **S. Solis-Cohen. Bromoform als topisches Mittel. (Bromoform as a topical application.)** *Med. News. 11. Juli 1891.*

Verf. hat das Bromoform in letzter Zeit in mehreren Fällen von Ozaena auf die Nasenschleimhaut applicirt, dann auch bei tuberculösen und anderen Geschwüren des Larynx, nach vorheriger Reinigung der Oberflächen mit Wasserstoffdioxyd. Die Wirkung war in den letztgenannten Fällen eine Besserung der Schmerzen und eine augenscheinliche Beförderung der Heilung, bei ersteren eine Beseitigung des Geruchs und eine Beschränkung der krankhaften Secretion. Das

Agens ist ausserordentlich flüchtig und die unmittelbare Wirkung nur sehr vorübergehend; Verf. liess der Application stets unmittelbar eine Einblasung von Jodoform folgen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) **S. S. Bishop. Campher-Menthol bei catarrhalischen Erkrankungen. (Campher-Menthol in catarrhal diseases.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 24. Oct. 1891.*

B. mischt gleiche Gewichtstheile Campher und Menthol und fügt zu 20 Theilen der Lösung 80 Theile Lanolin: diese Mischung benutzt er in stärkerer oder schwächerer Verdünnung als Spray. Das Campher-Menthol bringt die capillären Blutgefässe der Schleimhaut zur Contraction, es reducirt die Schwellung, bessert den Schmerz und die Benommenheit des Kopfes, stillt den Reiz zum Niesen sowie den verstärkten Ausfluss und bringt die veränderte Secretion wieder in Ordnung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **Heryng (Warschau). Ueber die locale Anwendung der Chromsäure bei syphilitischen Ulcerationen.** *Therap. Monatsh. 8. 1891.*

In Bezugnahme auf den Aufsatz von Kuttner über die Anwendung der Chromsäure bei syphilitischen Ulcerationen weist H. darauf hin, dass er zu genanntem Zwecke schon im Jahre 1883 die Chromsäure empfohlen habe.

Im Anschluss an diese Bemerkung giebt H. einige Winke betr. die Verhütung von Intoxicationserscheinungen bei der Anwendung der Chromsäure.

SEIFERT.

23) **Cartaz. Eczematöses Erythem nach Salolgebrauch. (Erythème eczemateux à la suite des pansements au salol.)** *Archives de laryngologie. Septemb.-Octob. 1891.*

Verf. theilt einige Fälle mit, in denen er ein acutes und ziemlich intensives Auftreten von Ausschlägen bei Kranken, die mit Salol behandelt waren, beobachtete. Die Talgsecretion der Haut oder der gleichzeitige Gebrauch eines Fettkörpers können eine Spaltung des Salzes in seine beiden Componenten (Phenol und Salicylsäure) herbeiführen. Diese Reizwirkung des Salels wird besonders begünstigt durch gewisse Diathesen und man trifft sie recht häufig bei Leuten, die an Dermatosen leiden. E. J. MOURE.

24) **Cartaz. Eczematöses Erythem nach Salolgebrauch. (Erythème eczemateux à la suite des pansements au salol.)** *Annales des mal. de l'oreille et du larynx. Octob. 1891.*

Es handelt sich um die Entwicklung eines erythematösen Eczems bei einem Arthritiker in Folge von Saloleinblasungen in die Nasenhälfte. Das Erythem war gering mit bläschenförmigen Hervorragungen, Jucken und starkem Pruritus; es verschwand nicht früher, als bis das Salol ausgesetzt wurde. Verf. beobachtete noch einen andern Fall, der ganz ähnlich verlief. Diese Exantheme kommen nur bei localer Anwendung von Salol zu Stande, bei der internen Darreichung sieht man niemals solche Wirkungen. E. J. MOURE.

25) A. N. Strouse. **Ein neues Sprayrohr besonders zur Application medicamentöser Oele und Fette in irgend einem Theile des Respirationstractus dienend. (A new spray tube-specially designed for the application of medicated oils and fats to any part of the respiratory tract.)** *Med. Record. 11. Juli 1891.*

Das Neue an dem Instrument ist hauptsächlich ein abnehmbarer hölzerner Handgriff, an dem man die Tube während der Erwärmung halten kann.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

b. Nase und Nasenrachenraum.

26) **Bresgen** (Frankfurt). **Ueber die Bedeutung behinderter Nasenathmung für die körperliche, die geistige und die sprachliche Entwickelung der Kinder.** *Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 1891.*

In vollkommen klarer Weise bespricht Br. die Nachtheile, welche eine behinderte Nasenathmung für die körperliche, geistige und sprachliche Entwicklung der Kinder haben kann.

Br. ist der Meinung, dass die Oberbehörde die Lehrer in geeigneter Weise mit dem Gegenstande vertraut machen und auch den ausdrücklichen Auftrag ertheilen müsste, dass in dieser oder jener Weise auf solche Störungen geachtet werde. [Ref. hat in einem Referat über eine Arbeit von Kafemann, s. Jahrgang VII, S. 191 seine Meinung über diesen gewiss sehr wichtigen Gegenstand ausgesprochen.]

SEIFERT.

27) **Sigmund Gottschalk. Ein Fall von Anosmie nach operativer Entfernung beider Eierstöcke.** *Deutsche. med. Wochenschr. 1891. No. 26* und *Centralblatt f. Gynaekologie. 1891.*

Titel deckt den Inhalt. Die Anosmie ist eine rein functionelle Neurose.

LANDGRAF.

28) **Wagner. Ulcus thromboticum nasi. Eine typische durch Thrombose entstandene Geschwürsform des angiomatös gerötheten Nasenrückens.** *Allg. med. Centr.-Ztg. 1891. LX. 493.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

SEIFERT.

29) **Kowallek** (Breslau). **Ueber die Aufrichtung von Sattelnasen.** Inaug.-Dissert. Breslau. 1891.

Die Arbeit führt mehrere von Mikulicz operirte Fälle von Sattelnasen auf, Abbildungen illustriren die vorzüglichen Erfolge der gehandhabten Methode. Diese geht von dem Princip aus: Operation von der Nasenhöhle subcutan resp. subperiostal, Hautdefecte im Gesicht sind zu vermeiden. Der Aufbau der neuen Nase wird erstrebt mit den Residuen der alten Nase, durch Heranziehen der Weichtheile und des Periostes der Wangen durch subperiostale Ablösung und quer durch die Basis der Nase hindurchgeführte Silberdraht-Plattennähte und versucht, dem Nasenrücken seine ursprüngliche Höhe wiederzugeben.

SEIFERT.

30) **R. Otto** (Dorpat). **Zur Casuistik der Steinbildung innerhalb der Nasenhöhle.** *Petersb. med. Woch. 1891. No. 47.*

Demonstration von 2 Rhinolithen, die von zwei verschiedenen Patienten stammten.

Symptome: Foetider Ausfluss und intermittirender Kopfschmerz.

LUNIN.

31) **W. A. Dunn. Besondere Fälle aus dem Gebiet der Rhinologie. (Special cases in rhinology.)** *Clinique. 15. Dec. 1891.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von mechanischer Bildung von Nasensteinen, sowie über einen Fall von Getreidekorn in der Nase.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **R. Wagner. Rhinolith.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 48. 1891.*

13jähriger Knabe, bei dem die ersten Erscheinungen — fötider Ausfluss aus der Nase — schon im 2. Lebensjahre auftraten; der Stein sass in der linken Nase im hinteren Theil von den Choanen ausgehend bis zur Mitte der inneren Nasenwand und war merkwürdiger Weise von Schleimhaut überkleidet, auch hatte sich im hinteren Theile der rechten Nasenhöhle entsprechend dem Sitze des Steines eine ziemlich ausgedehnte, annähernd cubische Höhle gebildet. Nach allmäliger Lockerung wurde der Stein durch die Choanen entfernt. SCHECH.

33) **Carré. Temporäre Abtragung der Nase zur Exploration der Nasenhöhle. (Abaissement temporaire du nez pour l'exploration des fosses nasales.)** Assoc. pour l'avancement des Sciences. Congress zu Marseille. 1891.

C. beobachtete ein junges Mädchen von 17 Jahren, die von zunehmenden Athembeschwerden befallen wurde; es traten bedrohliche Crisen auf, ohne dass eine Erklärung des Zustandes möglich war. Die Nase wurde nach dem Ollier-schen Verfahren aufgeklappt und die mittlere Muschel dilatirt. Die Operation verlief günstig.

J. BARATOUX.

34) **R. Wagner. Erkrankungen des Hirns nach einfachen Nasenoperationen.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 51. 1891.*

Verf. hält Operationen in der Nase nicht für so ungefährlich, wie sie gewöhnlich gelten; der Blutreichthum der Nase, die rege Verbindung der Nerven, Blut- und Lymphgefässe mit dem Gehirn können schwere Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute begünstigen, wofür Verf. in der Litteratur 3 Fälle findet und einen selbst beobachteten mittheilt. In dem Wagner'schen Falle wurde eine Hypertrophie der linken mittleren Muschel galvanocaustisch behandelt; am dritten Tage starke Nasenblutung, weshalb tamponirt wurde; darauf trat Temperatursteigerung und Meningitis mit tödtlichem Ausgange ein. Wagner glaubt nun, dass die Blutung bereits ein Zeichen von Thrombose des Sinus longitudinalis war und nicht von der operirten Stelle herrührte; auch meint er, dass es trotz der grössten Vorsicht nicht möglich ist, die Nase völlig aseptisch zu machen, was Referent nur bestätigen kann. Es scheinen hauptsächlich Operationen der mittleren Muschel Meningitis zur Folge zu haben.

SCHECH.

35) **Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Wann ist die Anwendung des elektrischen Brenners in der Nase von Nutzen?** Wiesbaden. Ed. Jungklaass. 1891.

Es wäre zu wünschen, dass nicht nur solche, die Nasenärzte werden wollen, sondern auch solche, die es schon seit langer Zeit sind, die kleine Schrift von Bresgen lesen und die darin gegebenen Winke beachten. Man muss mit Bresgen übereinstimmen, dass noch immer zu viel in der Nase gebrannt wird und ferner, dass der Nachbehandlung nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt wird. B. giebt einige Winke über die Art, wie der Brenner angewandt werden soll, bezüglich der Nachbehandlung verweist er auf die zweite von ihm erschienenen Abhandlung über die Verwendung von Anilinfarbstoffen bei Nasen-, Hals- und Ohren-Leiden.

SEIFERT.

36) **Vulpius** (Erfurt). **Technische Bemerkungen zur Galvanokaustik.** *Archiv f. Ohrenheilk. 32. 1891.*

V. beschreibt einen Nasenbrenner, mit dessen Hülfe man in einem einzigen Zuge selbst sehr flach aufsitzende Wucherungen in Form eines zusammenhängenden Streifens von der Unterlage abschälen kann. Ferner lässt der beschriebene Nasenbrenner das Gesichtsfeld unbeeinträchtigt. Es lassen sich mit demselben auch die hinteren Muschelenden leichter als mit der galvanocaustischen Schnurschlinge amputiren.

SEIFERT.

37) **Chas. A. Bucklin. Eine Universalsäge für die Nase. (A universal nasal saw.)** *N. Y. Med. Record. 24. Oct. 1891.*

Das Instrument hat 3 zusammenlegbare Blätter von 6 Zoll Länge mit im Ganzen $3^1/_2$ Zoll gezahnter Kante. Jedes Blatt ist für bestimmte Schwierigkeiten berechnet. Die Zähne der Säge keilen sich nicht fest, sie lassen sich schnell herausziehen und durch den Schnitt, den sie ziehen, wieder einführen, sobald eine Blutung oder sonst etwas einen Wechsel der Säge wünschenswerth macht.

LEFFERTS.

38) **W. J. Walsham** (London). **Eine Zange zur Correction von Deformitäten der Nase. (Forceps for correcting deformities of the nose.)** *Lancet. 29. August 1891.*

Beschreibung eines neuen Instrumentes: eine Zange, deren Blätter nach der Form der Nasenbeine gestaltet sind, zur Correction alter Fracturen oder seitlicher Verbiegungen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

39) **J. Ward Cousins** (Portsmouth). **Neue Fasszange für die Nase. (New nasal clamp forceps.)** *Brit. Med. Journ. 21. Nov. 1891.*

Beschreibung einer neuen Zange mit gezahnten Rändern; dieselbe soll nach des Autors Angaben zur Entfernung von Nasenpolypen und Hypertrophien sich eignen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

40) **G. H. Wade. Eine Combination von Nasen-, Ohren- und Augenspeculum. (A combined nasal, aural and ophthalmic speculum.)** *Lancet. 14. Nov. 1891.*

Beschreibung eines Instrumentes, das den genannten Zwecken dienen soll.

MACKENZIE-JOHNSTON.

41) **Suchannek** (Zürich). **Verweisung verschiedener Instrumente und Präparate in der Sitzung der Aerztegesellschaft des Kantons Zürich.** *Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. No. 22. S. 705.*

1. Nasenspeculum nach Voltolini, Bresgen und Duplay mit verstellbarem Handgriff und zur Befestigung an einem Stirnband eingerichtet.

2. Kabierske'-Bresgen'scher Pulverbläser mittelst Doppelgebläse und Quetschhahn für eine Hand eingerichtet.

3. Photographien der menschlichen Riechschleimhaut; sehr klar treten die vom Demonstranten zuerst entdeckten Glockenzellen hervor, ovoide Gebilde mit gelbem Pigment, die wie die Leucocyten durch das Riechepithel wandern; ferner zeigt S. die Photographie von Epithelveränderung durch die von ihm zuerst bei Ozaena nachgewiesene primäre Atrophie der Riechzellen. JONQUIÈRE.

42) **Kessel** (Jena). **Einiges über die Bedeutung und die Untersuchungsmethoden der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes.** *Corr.-Blätt. d. allg. ärztl. Vereins von Thüringen. 1891. S. 226.*

In der Einleitung giebt K. eine gedrängte Uebersicht über die anatomisch-physiologischen Verhältnisse der Rachenhöhle und des Nasenrachenraumes. Bei der Besprechung der adenoiden Vegetationen weist er auf eine sofort nach der Operation derselben auftretende Erscheinung hin, dass nämlich die Operirten das Gefühl haben, als sei ihnen im Schädel etwas weggenommen, dass sie sich im Allgemeinen erleichtert fühlen. Diese Angaben deuten darauf hin, dass der Gehirndruck eine Aenderung erfahren hat. Zum Schluss bespricht K. in Kürze die gebräuchlichen Untersuchungsmethoden. SEIFERT.

43) **Eitelberg. Erkrankungen des Gehörorganes nach Nasenirrigationen und Nasenoperationen.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 32. 1891.*

Zur Verhütung von Ohrkrankheiten eignet sich bei der Nasendouche ein Ansatzstück, das die Nasenöffnung nicht vollständig abschliesst, auch ist nöthig, dass dasselbe in die besser durchgängige Nase eingesetzt und das Schneuzen verhindert wird. Eitelberg lässt, um das Schlucken zu verhindern, die Zunge herausstrecken; auch soll der Irrigator nicht über $^1/_2$ Meter über dem Kopfe angebracht werden; auch von geübter Hand ausgeführte Nasenoperationen können Mittelohreiterung zur Folge haben. Referent muss dazu bemerken, dass er nach vielen Tausenden von galvanocaustischen Nasenoperationen bisher noch niemals Mittelohreiterung sah; wohl aber einigemale solche nach der Operation adenoider Wucherungen mit Ringmesser oder Zange; aber auch in diesen Fällen schien dem Referenten das Ausspritzen des Nasenrachenraumes und der Transport von Eiter in die Tube die Ursache zu sein; Referent lässt seitdem nur die warme Borlösung einziehen. SCHECH.

44) **Hessler. Affectionen des Ohres nach einfachen Operationen in der Nase.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 50. 1891.*

Hessler fand in der Litteratur nur 9 Fälle von Ohrenaffectionen, die nach Operationen in der Nase entstanden waren; Hessler selbst beobachtete in zwei Jahren ebenfalls 9 Fälle und glaubt, dass in der Wirklichkeit das Ohr viel häu-

figer mit erkrankt. Verf. meint, man solle nicht unnöthiger Weise in der Nase operiren wegen der Infection, die selbst bei grösster Vorsicht nicht ganz zu verhüten ist. In 9 Fällen stellte sich die Ohraffection bereits am folgenden Tage ein, in 5 Fällen am 5.—8. Tage. In 14 Fällen war sie nach dem Aetzen mit Chromsäure, Höllenstein, Galvanocauter gekommen, und nur in 4 Fällen war die Tamponade der Nase voraufgegangen. Nasenoperirte soll man nicht reisen lassen, zum Mindesten muss man ihre Nase lose mit Watte oder Gaze tamponiren, damit die Luft erst durch diesen Filter aspirirt wird; auf den Strassen der Stadt, in den Kaufläden, Restaurants oder Bahnhöfen ist genug Gelegenheit zur Infection. Deshalb verbietet Verf. ganz mit Recht Kindern nach der Operation adenoider Wucherungen den Schulbesuch; die Tamponade der Nase ist wegen der rascheren Zersetzung der Secrete nicht ungefährlich, der Tampon soll deshalb nicht länger als 12 Stunden liegen bleiben. SCHECH.

45) **W. J. May. Abscess der Stirnhöhle und des Antrum. (Abscess of frontal sinus and antrum.)** *North American Practitioner. Januar 1891.*

Bericht über einen Fall. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **Guillemain. Studie über Sinus frontalis-Abscesse. (Étude sur les abcès des Sinus frontalis.)** *La Presse Méd. Belge. No. 29. 1891.*

Analyse eines Artikels aus den Archives d'ophthalmologie 1891.

An der Hand von 35 Beobachtungen, worunter 5 eigene, aus der Klinik des Hôtel Dieu, beschreibt der Autor die Ursachen, Symptome und Behandlung dieser Affection. BAYER.

47) **L. Bauer. Empyem der linken Stirnhöhle. (Empyema of the left frontal sinus.)** *St. Louis Med. and Surg. Journ. April 1891.*

Eine klinische Vorlesung; ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

48) **Katzenstein** (Berlin). **Ueber Pyoktanin bei Stirnhöhleneiterung.** *Therapeut. Monatsh. 9. 1891.*

K. gelangt auf Grund eigener Untersuchungen am Lebenden und besonders an Sagittalschnitten durch Schädel zu dem Ergebniss, dass man auf dem natürlichen Wege von dem Hiatus semilunaris aus in den Ausführungsgang des Sinus frontalis und in den Sinus selbst nur in seltenen Fällen gelangen könne, entgegen den Angaben von Cholewa.

Betreffend die Wirkung des Pyoctanin bei Eiterungen der Nasenhöhle mit Complicationen von Erkrankung des Sinus frontalis, des Antrum Highmori, stehen die Wahrnehmungen K.'s im Gegensatz zu den Erscheinungen Anderer, es hat sich dieses Präparat als nutzlos erwiesen. SEIFERT.

49) **J. W. Hulke** (London). **Fünf Fälle von Störungen in der Stirnhöhle. (Five cases of disorders of the frontal sinuses.)** *Lancet. 14. März 1891.*

Die Krankengeschichten von 5 Fällen von Stirnhöhlenerkrankung; in dreien fanden sich Schleimpolypen in der Höhle. MACKENZIE-JOHNSTON.

50) **Alezais (Marseille). Die chirurgischen Verhältnisse der Stirnhöhlen. (L'aire chirurgicale des sinus frontaux.)** Assoc. des sc. médicales. Congrès de Marseille. September 1891.

Die Untersuchung der Stirnhöhle bei 23 Personen zwischen 21 u. 81 Jahren (13 Männer und 10 Frauen) ergab, dass, während das classische Ueberwiegen des Sinus des Mannes über die der Frau sich bewahrheitete, die Vergrösserung beim Erwachsenen mit dem zunehmenden Alter eine ungewisse und unregelmässige war. Das vollständige Fehlen wurde zwei Mal und ein Fehlen des Sinus auf der einen Seite drei Mal constatirt. Die Stirnfläche des Sinus misst beim Mann 6 cm in der Supraorbitallinie und 3,5 cm in der Mittellinie; bei der Frau 4.5 und 3 cm. Die Orbitalfläche hat beim Mann 2,25 cm und 2 cm, bei der Frau 2 und 1,30. Sie endigt oft an der Linea lacrymo-orbitalis, doch kann sie nach der inneren Wand eine lacrymale Fortsetzung von 1 auf 0,5 cm entsenden. Der linke Sinus scheint öfters ein wenig grösser zu sein als der rechte; dieser dagegen hat öfter als der linke den lacrymalen Fortsatz. J. BARATOUX.

51) **A. Gabszewicz. Ein Fall von Trepanation der Stirnhöhle. (Przypadek trepanacyi jamy czodowéj.)** *Gazeta lekarska. No. 16. 1891.*

Ein sechszehnjähriger gesunder Knabe bekam von seinem Spielgenossen scherzweise einen leichten Schlag in die Gegend der Glabella. Der Junge wurde unwohl und klagte einige Stunden später über heftige Schmerzen in der Stirngegend, welche trotz kalter Compressen nicht weichen wollten. Nach einigen Tagen entstand zwischen den Augenbrauen eine weiche Geschwulst, die schmerzhaft war und sich rasch vergrösserte. — Der Knabe fing an zu fiebern und wurde in die Abtheilung des Verfassers aufgenommen. Die Untersuchung zeigte eine hühnereigrosse fluctuirende Geschwulst über dem linken Auge in der Gegend der Glabella. Die Haut war geröthet und schmerzhaft, das obere linke Augenlid geschwollen und gesenkt. Der Augapfel selber unverändert. Temperatur 39° C., Puls 120. Die Geschwulst wurde gespalten und ziemlich viel Eiter entleert. Die Untersuchung mit dem Finger zeigte den Knochen und den linken oberen Rand der Orbita vom Periost entblösst. Eine Communication mit der Stirnhöhle wurde nicht gefunden. Nach der Operation verschwanden die Schmerzen und das Fieber vollständig und vier Wochen später verliess der Patient die chirurgische Abtheilung. Schon nach 10 Tagen kam er wieder wegen heftiger Schmerzen an der operirten Stelle. Die Haut daselbst war nicht geröthet, nur das linke Augenlid geschwollen. Temperatur 38,5° C. Diagnose — Empyema Sinus frontalis.

Am folgenden Tage wurde die Haut an der Stelle der früheren Narbe durchschnitten bis an den Knochen. Das normale Periost wurde abgehoben und mit dem Meissel die Stirnhöhle eröffnet. Man fand ausser Eiter zwei necrotische Knochenstücke. Die Höhle selbst war mit Granulationen erfüllt, die mit dem scharfen Löffel entfernt wurden. Heilung nach zwei Monaten. V. neigt sich zu der Meinung, dass der ganze Process als Osteoperiostitis suppurativa betrachtet werden kann. HERYNG.

52) **Steinthal (Stuttgart). Zur Behandlung der Stirnhöhlenempyeme.** *Medicin. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 31. 1891.*

Bei einem 40jährigen Patienten hatte eine acute Rhinitis zu Empyem beider Stirnhöhlen geführt, Patient kam mit Fisteln am rechten und linken Supraorbitalrande in Behandlung. Zur völligen Heilung waren mehrfache operative Eingriffe, Knochenresectionen, Auskratzung von fungösen Massen, Drainage nach der Nase zu. Mit dem doppelseitigen Stirnhöhlenempyem war ein rechtsseitiger Orbitalabscess verbunden.

Um eine Verödung der Eiterhöhlen zu erzielen und einem Recidiv vorzubeugen, schlägt St. für solche Fälle, in welchen die Schleimhaut völlig degenerirt und die Tiefe der Stirnhöhle keine zu grosse ist, vor, die ganze vordere Wand subperiostal zu reseciren. SEIFERT.

53) **L. Grünwald. Beiträge zur Chirurgie der oberen Luftwege.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 40 u. 41. 1891.*

In einem Falle von syphilitischer Caries des Processus nasalis und der Nasenbeine mit Fistelbildung wurde die breite Eröffnung der Stirnhöhle vorgenommen und eine Reihe von Sequestern entfernt, Heilung mit einer länglichen Vertiefung unter der Glabella. In einem zweiten Falle bestand gleichzeitig Kiefer- und Stirnhöhlenempyem neben zahlreichen Polypen und Granulationen; beide Höhlen wurden aufgemeisselt und mit Jodoformgaze tamponirt, Heilung. Verfasser meint man solle auch jene Stirnhöhlenempyeme, die sich nur durch eitrigen Aussfluss der Nase kennzeichnen, operativ behandeln. In einem dritten Falle wurden durch die Laryngofission tuberculöse Kehlkopftumoren mit Erfolg entfernt; in einem vierten einen $3^1/_2$ jährigen Knaben betreffenden Falle mehrere Kehlkopfpapillome ebenfalls durch Thyreotomie; Verfasser räth die Wunde offen zu lassen und nach 2 Tagen mehreremal den ganzen Larynx zu durchsuchen, um Recidiven soviel als möglich vorzubeugen. SCHECH.

54) **F. H. Bosworth. Verschiedene Formen von Erkrankung der Siebbeinzellen. (Various forms of disease of the ethmoid cells.)** *N. Y. Med. Journal. 7. Nov. 1891.*

„Wir haben in der Praxis drei Arten von Fällen, die verschiedene Symptome aufweisen und die man für gewöhnlich bei sorgfältiger Untersuchung sollte auseinanderhalten können: Diese drei verschiedenen Varietäten sind die extracelluläre myxomatöse Degeneration, die purulente Ethmoiditis und die intracelluläre myxomatöse Degeneration.

Ueber die Ursachen der myxomatösen Degeneration, der intra- wie extracellulären, kann ich keinerlei Vermuthung aussprechen. In den Fällen, die ich in Beobachtung bekam, scheint sich die Krankheit ohne jede nachweisbare Ursache entwickelt zu haben. Was die purulente Ethmoiditis anlangt, so trat sie in allen 13 Fällen, die ich mitgetheilt habe, in Verbindung mit Nasenpolypen auf und in 7 Fällen bestand eine Erkrankung des Antrum. Daraus liesse sich vielleicht eine gewisse Unterlage für die Woakes'sche Theorie ableiten, dass alle Nasenpolypen durch necrotisirende Ethmoiditis bedingt sind. Ich habe an dieser

Ansicht von Woakes an anderer Stelle bereits entschiedene Kritik geübt und ich glaube, dass eine genauere Erwägung dieser Fälle eher zu der Annahme führen könnte, dass nicht sowohl die Polypen die Folge der nekrotisirenden Ethmoiditis als vielmehr umgekehrt die Ethmoiditis die Folge der Polypen ist. Diese Anschauung gewinnt doch sicherlich an Wahrscheinlichkeit, wenn wir sehen, dass mehr als die Hälfte unserer Fälle von Ethmoidalerkrankung mit Polypen complicirt waren mit Erkrankung des Antrum. Wir wissen, dass der Ausgangspunkt für die Nasenpolypen in der grossen Mehrzahl der Fälle der Hiatus seminularis ist, in dem die Orificien sowohl des Antrum Highmori als auch der vorderen Siebbeinzellen sich treffen. Der erste Effect der Entwicklung von Nasenpolypen wird deshalb eine mechanische Behinderung für den Abfluss der normalen Schleimsecretion aus diesen beiden Höhlen sein. Die natürliche Folge der Rückstauung eines schleimigen Secretes ist aber die Entwicklung einer eitrigen Entzündung. So lässt sich die Entstehung beider Erkrankungen, der des Highmorshöhle und der der Siebbeinzellen, auf die mechanische Verschliessung beider Höhlen zurückführen, welche durch die Gegenwart der Nasenpolypen bedingt ist: diese sind danach die Ursache, und nicht die Folge der Ethmoidalerkrankung.

Am meisten interessant vielleicht, sicher aber am wichtigsten ist die Frage der Diagnose und der Behandlung. Bei der ersten Form, die ich beschrieben habe — nämlich der extracellulären myxomatösen Degeneration ohne Pus — muss die Diagnose sich ganz auf den geschwollenen Zustand der mittleren Muschel stützen, weiter auf das fahle Aussehen ihrer Schleimhaut, welche die blasse, blaugraue, für die myxomatöse Degeneration so characteristische Farbe hat, so dass sie thatsächlich fast wie ein gewöhnlicher Nasenpolyp aussieht. Ihre Unbeweglichkeit jedoch, die sich mit der Sonde leicht feststellen lässt, beweist ohne Schwierigkeit, dass es sich um einen auf die Schleimhaut beschränkten Process handelt. Ich habe dieses Verhalten der Schleimhaut in keinem Falle gesehen, in dem ich nicht die Ueberzeugung gewann, dass eine Erkrankung der Siebbeinzellen vorlag.

Bei den Formen der Erkrankung, die mit eitrigem Ausfluss einhergehen, mögen sie mit einfacher myxomatöser Degeneration oder mit Nasenpolypen verbunden sein, wird man durch sorgfältige Nachforschung nach der Quelle des eitrigen Secretes und durch Ausschluss der Möglichkeit seines Ursprungs aus dem Sinus maxillaris die Diagnose machen können. Sind die vorderen Siebbeinzellen afficirt, so tritt der Eiter natürlich in die Nasenhöhle hinter der mittleren Muschel her ein, an derselben Stelle, wo auch aus dem Antrum her der Eiter austritt. In diesem Falle ist die Diagnose nur zu stellen, wenn die Frage, ob das Antrum erkrankt ist, durch Eröffnung und Ausspülung dieser Höhle erledigt ist. Sind die hinteren Siebbeinzellen die Quelle der eitrigen Secretion, so kann dies dadurch constatirt werden, dass der Eiter aus diesen Zellen seinen Austritt an der oberen Fläche der mittleren Nasenmuschel nimmt.

Bei Keilbeinhöhlenerkrankung tritt das eitrige Secret auch über der mittleren Muschel aus, aber bei dieser Affection liegt die Austrittsstelle so weit nach hinten, dass der Eiter in den Nasenrachenraum fliesst, während bei Erkrankung

der hinteren Siebbeinzellen der Eiter in die Nase fliesst und zwar von einem Punkt aus, der leicht durch directe Ocularinspection von vorn her zu erkennen ist — nämlich ein Punkt an der Grenze zwischen mittlerem und hinterem Drittel der mittleren Nasenmuschel.

Was die Frage der Diagnose des intracellulären Form der myxomatösen Degeneration mit oder ohne Pus anlangt, so ist diese Diagnose nur nach Eröffnung durch Abtragung der Decke der mittleren Muschel möglich. LEFFERTS.

55) **J. Jackson Clarke** (London). **Distension des Sinus sphenoidalis. (Dilatation of the sphenoidal sinus.)** *Brit. Med. Journ. Dec. 12. 1891.*

In der Sitzung der Pathological Society of London vom 1. December 1891 zeigte Clarke ein Keilbein, das aus dem Körper eines 13jährigen Knaben entfernt worden war. Dasselbe enthielt eine äusserst geräumige Höhle, und im vorderen Theile der letzteren befand sich ein kleiner Schleimpolyp. Im Rachen waren gleichzeitig adenoide Vegetationen vorhanden. Der Knabe hatte 2 bis 3 Monate vor seinem Tode eine mehrfache Fractur des Stirnknochens erlitten, wegen der er im St. Mary's Hospital behandelt worden war, und von der er anscheinend vollständig genesen war. 2 Monate nach dem Unfall fing er an, an Anfällen von Epistaxis zu leiden, welche immer häufiger wurden und in einem von welchen er starb. Bei der Autopsie fand sich der Sinus sphenoidalis mit Blutgerinnseln gefüllt und mit einer Oeffnung in der linken Carotis direct communicirend. Keine Spur eines Bruches der Schädelbasis konnte gefunden werden, und ebenso wenig ein Knochensplitter, der die Arterie eröffnet hätte. Der Autor war der Ansicht, dass trotzdem aller Wahrscheinlichkeit nach die Arterienwand zur Zeit des Unfalls verletzt worden sei und dass sich eine kleine aneurysmatische Erweiterung gebildet hatte, die schliesslich aufgebrochen sei.

In der Discussion erwähnte Dr. Scanes Spicer, dass er nur einen einzigen Fall von Schleimpolyp des Sinus sphenoidalis in der Litteratur habe auffinden können. Derselbe sei von Zuckerkandl beschrieben worden. Derselbe Autor spräche auch von der bisweilen vorkommenden hochgradigen Verdünnung des Keilbeins, welches sogar siebförmig werden könne, so dass die Schleimhaut des Sinus in positiver Berührung mit der Dura Mater stünde. SEMON.

56) **V. Cozzolino. Instrumente und chirurgische Technik für die Affectionen der Nasenhöhlen (Stirn-, Kiefer-, Siebbein-, Keilbein- und Sieb- und Thränenbein-Höhle). (Les instruments et la technique chirurgicale employée dans les affections des sinus du nez — frontaux, maxillaires, ethmoidaux, sphenoidaux et ethmoido-lacrymaux.)** *Annal. des mal. de l'oreille. Decemb. 1891.*

Der Verf. giebt eine eingehende Beschreibung aller der verschiedenen Instrumente, die man für die Erleuchtung, Perforation und Reinigung der Nasenhöhlen nöthig hat. Am Schlusse seiner Arbeit stellt er die Symptome zusammen, auf die hin die Diagnose dieser Affectionen möglich ist. E. J. MOURE.

c. Mundrachenhöhle.

57) **L. Hermann. Beiträge zur Kenntniss des elektrischen Geschmacks.** Nach Versuchen von S. Laserstein, Cand. med., mitgetheilt. *Pflüger's Arch. 1891.*

Der durch constanten Strom bewirkte electrische Geschmack nimmt mit der Stromstärke nur in mässigem Grade zu, ist bei einsteigendem Strom sauer, beim aussteigenden laugenhaft, bitterlich und schwächer als der saure. — Bei mittleren und starken aussteigenden Strömen stellt sich regelmässig in dem dem Zahnfleisch und Gaumen anliegenden Theil der Zunge ein Gegengeschmack ein, wohl weil in denselben Stromfäden von der Umgebung eintreten.

Die Empfindlichkeit verschiedener Individuen und derselben zu verschiedenen Zeiten für den electrischen Geschmack ist verschieden; der Schwellenwerth für den einsteigenden Strom liegt niedriger als für den aussteigenden, und für den Zungengrund niedriger als für die Zungenspitze.

Die electrische Erregbarkeit des Geschmackorgans ist unvergleichlich viel höher als die aller anderen Sinnesorgane.

Inductionsströme bewirken nur, wenn sie stark sind, Geschmackserregung und deutlich auch nur die saure.

Stromesschwankungen des constanten Stroms schwächen die Wirkung ab. Der saure Geschmack des einsteigenden Stroms wird deutlich neben anderen Geschmäcken wahrgenommen, nicht so der alcalische des aussteigenden Stroms.

Cocain hebt meist den elektrischen Geschmack auf oder schwächt ihn doch sehr ab.

Am Kehldeckel findet sich der electrische Geschmack ebenfalls. — „Diejenigen Gebilde, auf deren Veränderung durch den Strom der Geschmack beruht, sind in der äussersten Peripherie zu suchen; der electrische Geschmack beruht ausschliesslich auf der Durchströmung der Endorgane oder der letzten in die Schleimhaut einstrahlenden Nervenfaserendigungen.“ A. ROSENBERG.

58) **Deichmüller. Noch ein Fall von Wangenluftgeschwulst.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 2. 1891.*

D. trägt zu seinem in No. 54 1890 der Berl. kl. Wochenschrift beschriebenen und im Centralblatt referirten Fall einen von Tillaux in Paris beobachteten Fall nach, den Tillaux als durch Zerreissung nicht des Stenon'schen Ganges, sondern des Parotisgewebes entstanden auffasst. LANDGRAF.

59) **Taenzer** (Bremen). **Ueber „Lippenfrost“.** *Monatsh. f. prakt. Dermat. XII. 1891.*

T. hat bei einem 33jährigen Manne eine Affection der Unterlippe beobachtet, welche er auf die Einwirkung des Frostes zurückführt. Jedes Jahr gegen Ende October beginnt eine Desquamation im mittleren Drittel der Unterlippe, die 6 bis 8 Tage dauert, dann entsteht ein leichtes Brennen, Kribbeln und Jucken an

diesen Stellen, Blaurothfärbung und Anschwellung. An dieser entsteht nach 1 bis 2 Tagen eine Einkerbung, durch welche (durch eine immer tiefer werdende Rhagade) die Anschwellung in 2 gleiche Theile gespalten wird. Dann trocknen die beiden halbkugeligen Theile an der Oberfläche, die Hornschicht löst sich ab. Die Lippe ist dann scheinbar normal, aber sehr empfindlich. Bei der geringsten stärkeren Muskelbewegung reisst die Lippe wieder ein und der Process beginnt von Neuem. Mit dem Eintritt der wärmeren Jahreszeit verschwindet die Krankheit spontan. Therapie machtlos. SEIFERT.

60) **Regnier** (Graz). **Ueber die Bildung brückenförmiger Lappen aus der Unterkinnhaut zur Deckung des Defectes nach Exstirpation von Carcinom der Unterlippe.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XLI. 3. 1891.*

Durch einen mehr oder weniger bogenförmigen, von einem zum anderen Mundwinkel ziehenden Schnitt wird die erkrankte Partie exidirt. Zur Deckung des Defectes wird ein dem Defectrande paralleler bogenförmiger ca. 12 cm langer Schnitt entlang dem Unterkiefer geführt, vom Defectrande in einem Abstande, welcher ca. 1 cm mehr als die Höhe der früher vorhandenen Unterlippe beträgt. Diese Hautbrücke wird von der Unterlage abpräparirt und kann dann über das Kinn weg in die normale Höhe der früher vorhandenen Lippe gehoben werden. Der in der Unterkinngegend gesetzte Defect wird durch Heranziehen der Halshaut möglichst verkleinert und der nicht verschliessbare Defect event. durch Transplantation nach Thiersch geschlossen. SEIFERT.

61) **A. Fleischer** (Kiew). **Nekrose des harten Gaumen und des Vomer nach Flecktyphus. (Slutschai omertwenia twer dawo neba i nosowoi peregorodki posle sipnawo typha.)** *Wratsch. 1891. No. 24.*

Am 4ten Tage nach der Krisis kam es spontan zu einer Necrose des harten Gaumens (3 cm lang und 2 cm breit) und in etwas kleinerem Umfange fand sich derselbe Process am Vomer. LUNIN.

62) **Stevenson. Foreign body in soft palate.** *Brit. med. Journ. July 26. 1890.* Referirt in *Deutsch med. Wochenschr. 1891. No. 11.*

Der Fremdkörper war ein Stück thönernen Pfeifenstiels, das ohne dem Kranken zum Bewusstsein zu kommen, in den Gaumen gestossen war beim Bücken. LANDGRAF.

63) **T. H. Weagley. Abbildung des verbesserten Weagly'schen selbsthaltenden Gaumenzurückziehers. (Corrected illustration of Weagly's self-retaining palate retractor.)** *Phil. Med. News. 24. Octbr. 1891.*

Die Ueberschrift kennzeichnet den Inhalt der kurzen Mittheilung.

LEFFERTS.

64) **J. Donnelly. Die Halsbeschwerden der Sänger. (Singer's throat troubles.)** *Northwestern Lancet. 1. Juni 1891.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

65) **Nägeli (Eupe-Zürich). Zur Aetiologie und Therapie der Angina lacunaris.** Berner Dissertation. Basel bei J. Frohner. 1891.

Verf. bespricht seinen Gegenstand historisch, klinisch, bacteriologisch und therapeutisch und bietet auch entschieden Neues. Er und sein Lehrer Valentin fanden bei der Angina lacunaris im Gegensatz zu dem aphthösen Tonsillarpfropfen nur spärliche oder keine Leptothrixfäden. Die Pfröpfe waren in 10 Fällen von idiopathischer, acuter, febriler Angina tonsill. follicularis am zweiten Tage entnommen. In allen 10 Fällen fanden sie in der Tiefe der Gelatinecultur in runden, schmutziggelben Kolonien einen Diplococcus. Auch ein Bacillus, der an den Bacill. fasciculatus erinnert, fand sich ziemlich constant, erwies sich aber als nicht pathogen. Der Diplococcus dagegen tödtete von 12 Mäusen am ersten Tage 4, und die übrigen 8 innerhalb achtundvierzig Stunden. Die Milz war stets, mitunter bis auf's Doppelte, vergrössert. Im Lungen- und Milzsaft fanden sich viele der obengenannten Diplococcen wieder. Verf. glaubt, dass dieser Coccus der Friedländer'sche Pneumococcus sei, denn er stimmt mit demselben in jeder Beziehung, selbst in der Kapselbildung überein. Die Angina lacunaris verlaufe ferner typisch analog der Pneumonie. Für die Therapie giebt er nach Valentin Bepinselungen mit einer 10proc. Lösung von Kemmerich's und Koch's Pepton an, indem nach Valentin's Erfahrungen und Poffner's und Buchner's Experimenten Peptonlösung die Leucocyten anziehe. Sie sollen auch bei Ozaenasecret verflüssigend wirken. Eine Erklärung hierzu will Verf. nicht wagen.

JONQUIÈRE.

66) **F. Arnstein. Einige Bemerkungen zur Publication von Czajkowski: „Ueber die Complicationen der idiopathischen Angina.** *Gaz. lek. No. 22. 1891.*

In der Mehrzahl der von Czajkowski publicirten Beobachtungen von Complicationen der Angina (vgl. Referat 71 dieser Nummer. Red.) waren auf den Mandeln ausser weissen Belegen auch Ulcerationen mit unreinem Boden vorhanden und fast bei allen Patienten waren die Lymphdrüsen geschwollen, hart und schmerzhaft. Die Erkrankung machte mehr den Eindruck einer allgemeinen Infection, als einer localen Krankheit. Sie begann immer mit Fieber, zu dem sich später die Erscheinungen der Angina mit Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen, dann erst der Rheumatismus, die Nephritis, die Otitis u. s. w. hinzugesellten.

Arnstein betrachtet daher diese Fälle nicht als idiopathische acute Angina, parasitärer Natur, sondern als eine Angina scarlatinosa. Die Patienten waren ausnahmslos Kinder, die ja sehr oft an Angina scarlatinosa ohne Hauteruption erkranken.

Die bisherigen bacteriologischen Untersuchungen und die klinischen Erfahrungen erlauben uns nach A. nicht, irgend welchen genetischen Zusammenhang zwischen der idiopathischen Angina, dem Rheumatismus, resp. der Nephritis zu finden. Die Mucosa des Pharynx kann auch nach V. nicht in diesen Fällen als Eingangspforte für die Einwanderung der Bacterien betrachtet werden, weil man sonst beim Rheumatismus und bei der Nephritis eine Angina beobachten müsste. Czajkowski's Schlüsse sind nach V. schon deshalb hypothetisch, da dieselben durch bacteriologische Untersuchungen keine Stütze erhalten hatten. HERYNG.

67) **V. Ancona. Die Wirksamkeit des Kali chloricum bei interner Darreichung zur Verhütung einer Umwandlung der catarrhalischen Angina in Diphtherie. (Sull' efficacia della cura interna del clorato di potassa a impedire che le angine catarrali degenerino in difteriche.)** *Rivista veneta di sc. med. April 1891.*

Die Ueberschrift giebt genügende Auskunft über den Inhalt. CARDONE.

68) **R. Sota y Lastra** (Sevilla). **Drei Fälle primärer brandiger Bräune. (Tres casos de angina gangrenosa primitiva.)** *Archivos internacionales de lar. y rin. 1891. No. 8.*

Ein 38jähriger, übrigens ganz gesunder Mann hatte seit 5 Monaten Stechen in der linken Tonsille verspürt. Bei der Besichtigung kommt Verf. ein Kothgestank entgegen und findet er die Tonsille schwärzlich grau verfärbt, von doppelter Grösse, in der Mitte eingesunken, die umgebende Schleimhaut carminroth; die Verdickung mehr in der Höhenrichtung als in der Längsrichtung; das Gewebe weich und mürbe. Harn normal; im Speichel Bacterien, Leptothrix, Detritus und Eiterkugeln. Diagnose: Primäre chronische Gangrän der linken Tonsille. Therapie: Bepinselungen und Gurgeln mit Carbolsäure (2 pCt. und 5 pCt.), roborirende Medicamente und Diät. Schnelle und bedeutende Besserung. Der Kranke entzieht sich der weiteren Behandlung und kommt erst nach einem Jahre mit auspesprochenem Marasmus wieder. Die Gangrän hatte sich auf die benachbarten Gebilde ausgedehnt und griff trotz aller Desinfectionsversuche immer weiter um sich, bis der Patient unter fortschreitendem Marasmus zu Grunde ging. — Im 2. Falle handelte es sich um eine 32jährige, vielleicht hämophile Dame, die bei der Untersuchung Röthe und oedematöse Anschwellung der linken Hälfte des Gaumensegels, Uvula, Gaumenbögen und Tonsille zeigte. Diese Erscheinungen nahmen zu und am 3. Tage trat Schüttelfrost, Abgeschlagenheit, lautes Athmen, näselnde Stimme, Anschwellung der Halsdrüsen auf; die Gaumenschwellung ist stärker und fluctuirt; beim Einschneiden kommt kein Eiter zum Vorschein, aus der klaffenden Wunde floss schwarzes zersetztes Blut; aus dem Munde kam ein unausstehlicher Gestank. Am folgenden Tage war der Schnitt in eine dunkelgraue Aushöhlung verwandelt, deren unregelmässige Ränder von ödematösem Gewebe umgeben waren. Unter allgemeinen Erschöpfungserscheinungen geht die Kranke asphyktisch zu Grunde, was Verf. durch Eindringen von Blutgerinnsel in die Luftröhre und dadurch hervorgerufene Verstopfung der Bronchien erklärt. — Der 3. Fall betraf eine 36jährige Frau, bei der am ersten Tage nur erythematöse Verfärbung des Rachens ohne jede Anschwellung zu sehen war; erst klagte dieselbe über Schmerz beim Schlingen. Am folgenden Tage waren die hintere Hälfte des Gaumensegels, die beiden rechten Gaumenbögen mit der Tonsille, die Seitenwand des Rachens und das ganze Zäpfchen schwarz, die benachbarte Schleimhaut violett und geschwollen, Speichel schmutzig, Athem von scheusslichem Gestank; kleiner uud frequenter Puls, keuchende Respiration, allgemeines Kältegefühl, übelriechender Durchfall, grosser Kräfteverfall und tiefe Niedergeschlagenheit. Ein tonisirende und antiseptische Therapie bringt allgemeine und locale Besserung zu Stande. Nach Abstossung des gangranösen Schorfes bleibt ein aus-

gedehntes Geschwür zurück, das einen Monat zur Abheilung verbraucht und eine unregelmässig schrumpfige Narbe mit grossem Substanzverlust zurücklässt. Das Schlingen geht ungestört vor sich, die Stimme ist aber näselnd geblieben. Verf. vermuthet als Ursache dieser Krankheitsform einen Microorganismus, und besonders im ersten Falle vielleicht Leptothrix buccalis, da derselbe so reichlich vorhanden war.

GONGORA.

69) J. Goilav (Galatz). **Ein Fall von Angina tuberculosa oder vielmehr von Miliartuberculose im Halse. (Un cas de angina tuberculosa san mai bine de tuberculosa miliara a gatului.)** *Spitalul. No. 13.*

Die Wichtigkeit der Mittheilung besteht nach dem Verf. darin, dass dieser Fall der zweite (der erste gehört Isambert) von primärer Tonsillentuberculose ohne Lungenerscheinungen ist und der erste, in dem die Krankheit von Anfang bis zum Ende verfolgt worden. Es handelte sich um ein 17jähriges Mädchen, das früher nie krank gewesen, ausser an den Pocken, deren unauslöschliche Narben es auch im Gesichte trug; seit dem 14. Jahre war die Menstruation regelmässig in 3tägigen Perioden schmerzlos aufgetreten. Seit 6 Monaten als Krankenwärterin im Hospital, fing dieselbe am 23. Sept. 1890 an, über Anschwellung, Brennen und Trockenheit im Halse zu klagen. Auf der geschwollenen linken Tonsille findet man hirsekorngrosse, lupinenartige Bläschen, mit einer Feuchtigkeit, wie infiltrirt; rechts ist alles normal, aber trocken. Aeusserlich ist die afficirte Gegend spontan und auf Druck schmerzhaft und das Schlucken erschwert. Der Process schreitet allmälig fort; am 6. Oct. werden Lungenerscheinungen constatirt und 21 Tage darauf stirbt die Kranke. Bei der Section findet man die Tonsillen von kleinen, theils verkästen, theils frischen Tuberkeln durchsetzt; der Pharynx zeigt dieselben Veränderungen, die jedoch nicht auf den Oesophagus übergreifen; Unterkiefer- und Ohrspeicheldrüse enthalten reichlich körnige Massen. Im Kehlkopf finden sich oberflächliche Geschwüre.

SENTINON.

70) Scheier (Berlin). **Luxation des 5. Halswirbels mit Decubitus am Pharynx.** *Deutsche Med.-Ztg. 37. 1891.*

Pat. war von einem hohen Gerüst gefallen, Trauma der Halswirbelsäule, Lähmung der Unterextremitäten etc., Tod in Folge von Lungenödem. Section: Luxation des 5. Halswirbels nach vorne mit Fractur der Gelenkfortsätze. An der hinteren Pharynxwand gegenüber der hinteren Ringknorpelplatte ein 50-Pfennigstückgrosser Oberflächendefect. Die Concavität des Geschwüres entspricht genau der Convexität der Cartilago cricoidea.

SEIFERT.

71) Czajkowski. **Ueber Complicationen der idiopathischen acuten Pharyngitis. (O niektórych powikłaniach ostrego samoistnego niezytu gardzieli i ich stosunku do tegoz cierpienia.)** *Gaz. lek. No. 19. 1891.*

Verfasser bespricht die nach ihm nicht seltene Complication der acuten Angina mit Rheumatismus articulorum acutus (2 Fälle) und der Nephritis acuta (7 Fälle). Er glaubt ein aetiologisches Verhältniss zwischen diesen Processen, die in anatomischer Hinsicht einander ähnlich sind, gefunden zu haben.

Seine Untersuchungen sollen beweisen, dass diese Erkrankungen wahr-

scheinlich durch Eiterung erregende Bacterien (Staphylococcus pyogenes aureus) verursacht werden. Der parasitäre Ursprung der secundären acuten Nephritis wird dadurch erklärlich, dass dieser Process oft verschiedene Infectionskrankheiten complicirt. Nach V. ist es gleichgiltig, ob dieselben Bacterien, welche den primären Process bedingen, auch secundäre Zustände hervorrufen.

Er glaubt, dass die Mucosa des Pharynx die Eingangspforte für die Einwanderung der Bacterien bilden kann. Das Verhältniss der Angina zum acuten Rheumatismus articulorum und muscularis, ebenso wie zur acuten Nephritis wäre seiner Meinung nach dasselbe, wie des Ulcus induratum zur constitutionellen Syphilis. HERYNG.

72) **A. Ceconi. Die Behandlung der Rachenentzündungen mittelst Massage. (Della cura delle faringiti mediante il massagio.)** *Rivista veneta di sc. med. 1891.*

Die Ueberschrift sagt genug über den Inhalt des Artikels. CARDONE.

73) **N. Höhlein** (Petersburg). **Ein Fall von primärer acuter infectiöser Phlegmone des Pharynx.** *Petersb. med. Woch. 1891. No. 2.*

Ein kräftiger, vorher gesunder Mann erkrankt plötzlich mit Fieber, Schluckbeschwerden und Halsschmerzen. Der Pharynx stark geröthet, die linke Tonsille vorgedrängt. Die Erkrankung nimmt sehr bald den Character einer schweren septischen Infection an und führt in kaum 4 Tagen, unter den Erscheinungen der Herzparalyse, zum Tode. Section: Serös-eitrige Infiltration des linken peripharyngeal-perioesophagealen Zellgewebes am Halse; serös-eitrige Mediastinitis, serös fibrinös eitrige Pericarditis und beiderseitige Pleuritis; acut. Catarrh des Magens. Dieser Mittheilung ist noch eine kurze Krankengeschichte von Dr. Taube hinzugefügt, die sich mit der ersten fast vollkommen deckt. LUNIN.

74) **Sauvinaud. Peripharyngeale infectiöse Phlegmone. (Phlegmon infectieux peripharyngien.)** *Bulletin méd. 8. März 1891.*

Vorzeigen der Präparate; es besteht eine eitrige Infiltration, ohne grössere Eiteransammlung, rings um den Pharynx und den Oesophagus bis in das Unterhautzellgewebe des Halses. E. J. MOURE.

75) **Puterman. Mycosis pharyngis leptothricia.** *Gaz. lek. No. 18. 1891.*

Ein zwanzigjähriges bisher gesundes Mädchen war mit einem weiss-grauen Belage an den Mandeln, an der Basis linguae und im Rachen behaftet. An den umgebenden Theilen keine Reaction. Normale Temperatur. Keinerlei subjective Beschwerde. Ac. lacticum und Sublimat erwiesen sich erfolglos. — Nach Entfernung der pathologischen Producte, mittelst einer Pincette, Zerstörung derselben mit dem Galvanocauter und Bestreichung mit Sublimatlösung ($^1/_2$—$2\,^0/_0$) erfolgte nach einem Jahre vollkommene Heilung. HERYNG.

76) **W. Cheatham. Congenitale Rachenfistel. (Congenital pharyngeal fistula.)** *Virg. Med. Monthly. April 1891.*

C. beobachtete 3 Fälle; in allen öffnete sich die Fistel nach der linken Seite des Kehlkopfs. Die beste Behandlung ist die mit dem galvanocaustischen Draht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **Lagoutte. Rachenpolyp. (Polype en pharynx.)** *Lyon médical. 8. März 1891.*

Demonstration eines anatomischen Präparates; man sieht einen polypösen Tumor im Rachen, der den Tod herbeigeführt hat, obgleich die Tracheotomie gemacht war.
E. J. MOURE.

78) **Lavrand. Geschwulst der Rachenwölbung. (Tumeur de la voute pharyngienne.)** *Soc. sc. med. Lille. 22. Juli 1891.*

Die Geschwulst wölbte sich in den Mund hinein vor; sie wurde mit dem Galvanocauter entfernt.
J. BARATOUX.

79) **W. Davis. Myxo-Sarcom des Rachengewölbes. (Myxo-sarcoma of the vault of the pharynx.)** *Omaha Clinic. Juli 1891.*

D.'s Fall betrifft einen 28jährigen Mann; die Geschwulst wurde mit dem Galvanocauter entfernt.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

80) **A. Mc Shane. Eine Nadel in der hinteren Rachenwand eingebettet. (Pin embedded in posterior wall of pharynx.)** *New Orleans Med. and Surg. Journ. August 1891.*

Nichts von Interesse.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) **Fischer. Fremdkörper im Rachen mit tödtlichem Ausgange. Sections-Ergebniss.** *Zeitschrift f. Wundärzte u. Geburtsh. 1891. XLII. 30—32.*

Dem Referenten nicht zugänglich.
SEIFERT.

d. Diphtheritis und Croup.

82) **Babes. Untersuchungen über den Diphtheriebacillus; die experimentelle Diphtherie.** *Virch. Arch.* 1890. *Bd. 119. Heft 3.*

Seine Versuche haben B. belehrt, dass die menschliche und experimentelle Diphtherie sich gleich sind.

Wahrscheinlich ist die Gegenwart des Löffler'schen Bacillus nothwendig zur Erzeugung der characteristischen Schleimhauterkrankung, während die Allgemeinerkrankung mit der Diffusion und der Anhäufung des vom Bacillus erzeugten giftigen Princips in causalem Zusammenhang steht; der den Bacillus begleitende Streptococcus kann wahrscheinlich den Boden für die Diphtheritisinfection vorbereiten und auch bei der Allgemeinerkrankung eine Rolle spielen.

B. zweifelt an der practischen Durchführbarkeit der Schutzimpfung, legt daher um so grösseren Werth auf eine rationelle Prophylaxe. Die Entwicklung des Bacillus verhindern 3—5 % Milchsäure, 10 % Citronensäure, $^1/_2$ – 1 ‰ Sublimat, 5 % Essigsäure, 2 ‰ übermangansaures Kali; die Auskeimung verhindern absolut: 2—4 % Chinin, 10 % Citronensäure, $^1/_2$—1 ‰ Sublimat, 33 % Alcohol, 2 ‰ übermangansaures Kali, 10 % Milchsäure und 10 % Borsäure.

Auf der mit 1 $^{0}/_{00}$ übermangansaurem Kali, $^{1}/_{4}$ $^{0}/_{00}$ Sublimat, 20 $^{0}/_{0}$ Alcohol, 2 $^{0}/_{0}$ Chloralhydrat, 5 $^{0}/_{0}$ Borsäure behandelten Schleimhaut der kurz vorher oder nachher inficirten Thiere entwickelt sich keinerlei oder eine nur unbedeutende entzündliche Reaction oder Pseudomembranbildung.

Beim Menschen wird man die Substanzen in grösserer Auswahl und Concentration mit Erfolg anwenden können. A. ROSENBERG.

83) **Babes und Puscurcin. Untersuchungen über die Diphtherie der Tauben.** *Zeitschr. f. Hygiene. VIII. 3.* 1890.

B. und P. studirten während der in Bukarest alljährlich herrschenden mörderischen Diphtherieepidemie die Aetiologie der Taubendiphtherie. Der von Löffler beschriebene Bacillus kann, entgegen den negativen Resultaten Pfeiffer's, als der wahre Erreger der Taubendiphtherie angesehen werden, da in 6 verschiedenen Fällen, welche aus 3 Epidemieherden stammten, Reinculturen des Bacillus erhalten wurden, deren Ueberimpfung die typische Taubendiphtherie mit characteristischen Gewebsveränderungen der inneren Organe erzeugte. Den Flagellaten konnte diese Rolle nicht zuerkannt werden. Nach Ueberstehen der experimentellen oder natürlichen Diphtherie stellen sich bei Tauben in seltenen Fällen Lähmungen der Füsse, Flügel, Rückenmuskeln ein. SEIFERT.

84) **Beck. Bakteriologische Untersuchungen über die Aetiologie der menschlichen Diphtherie.** *Zeitschr. f. Hygiene. Bd. VIII. Heft. 3.*

B. cultivirte aus 51 Fällen von Diphtherie 50 Mal den Löffler'schen Bacillus, in dem negativen Fall handelte es sich wohl um Scharlach-Angina. Die Schilderung der Biologie des Bacillus und seiner pathogenen Eigenschaften stimmt im Allgemeinen mit Bekanntem überein. Der Pseudodiphtheriebacillus fand sich bei 66 gesunden Kindern 22 Mal und wurde auch bei an Angina erkrankten Kindern in den aus dem Rachen geholten Pfröpfen häufig gefunden.

SEIFERT

85) **A. Baginsky** (Berlin). **Zur Aetiologie der Diphtherie. Der Löffler'sche Bacillus.** *Arch. f. Kinderheilk. XIII. 1891.*

Unter 93 an Diphtherie erkrankten Fällen wurde 68 Mal die Anwesenheit des Diphtheriebacillus constatirt. Von diesen 68 Fällen starben 27, 38 wurden geheilt, während bei 3 (ungeheilt entlassenen) der Ausgang zweifelhaft blieb. 18 wurden tracheotomirt, einige davon nach vorausgegangener Intubation. Die Mehrzahl der überlebenden Kinder erkrankten an mehr oder weniger schweren Lähmungsformen nach Abheilung des eigentlichen Diphtherie-Processes. In den anderen 25 Fällen wurde die Gegenwart von Streptococcen und Staphylococcen constatirt. Die beiden in ihrem klinischen Verhalten (abgesehen vom Verlaufe) so sehr ähnlichen Krankheitsformen lassen sich nur durch die bacteriologische Cultur von einander trennen. B. ist der Meinung, dass man auch in der Privatpraxis an der Hand der bacteriologischen Züchtung im Stande sein wird, für die Diagnose und Prognose der Diphtherie eine völlige Sicherheit zu gewinnen.

SEIFERT.

86) A. Wassermann und B. Proskauer. **Ueber die von den Diphtheriebacillen erzeugten Toxalbumine.** *Dtsch. med. Woch. 1891. No. 17.*

In Bestätigung der Angaben von Brieger und C. Fränkel über ein von den Diphtheriebacillen, in Bouillon gezüchtet, abgespaltenes Gift — über die Methode der Gewinnung ist das Orig. nachzulesen — fanden die Verff., dass sich 2 Körper, ein durch verdünnten Alkohol fällbares weisses feinkörniges Pulver und ein durch absoluten Alkohol abscheidbares grobkörniges gelbes Pulver, darstellen liessen, welche beide die typischen Eiweissreactionen gaben. Nur der rein weisse, leicht fällbare besitzt für Thiere giftige Eigenschaften. Weiter untersuchten die Verff., ob auch aus den Organen und dem Blute der an Diphtherieculturen zu Grunde gegangenen Thiere ähnliche Substanzen zu gewinnen sind. Auch dies gelang, doch konnte nur eine geringe Quantität eines einzigen Körpers gewonnen werden. Die weitere Frage aber, ob zwischen dem Vorhandensein dieses Körpers und dem Zustandekommen der künstlichen Immunität für Diphtherie bei Thieren ein Zusammenhang bestehe, verneinen die Autoren. Es gelang nicht, mit dieser Substanz Thiere immun zu machen.

Die Eigenschaften der Toxalbumine — sie bieten auch in stärksten Verdünnungen alle Eiweissreactionen — gestatten trotzdem noch nicht den sicheren Schluss, dass das von den Bacillen producirte Gift ein Eiweisskörper ist, da sie in chemischem Sinne nicht als rein anzusehen sind.

LANDGRAF.

87) Fraenkel. **Diphtheritisimpfung. (De la vaccination de la diphtérie.)** *La Clinique. 12. Febr. 1891.*

Referat aus der Berliner klin. Wochenschrift.

BAYER.

88) Boer. **Ueber die Behandlung diphtherieinficirter Meerschweinchen mit chemischen Präparaten.** *Zeitschr. f. Hygiene. XI. 1891.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

SEIFERT.

89) P. Kostenco und F. Grabowski (Charkow). **Zur Frage der Diphtheritis-Therapie. (K woprosu o sredstwoch dlja letschenia diphtherita.)** *Wratsch. 1891. 21 u. 22.*

Verff. hatten zwei Reihen von Versuche angestellt. Erstens versuchten sie, ob es gelinge, Thieren, die mit Löffler'schem Bacillus inficirt waren, durch einige Mittel gesund zu machen. Geprüft wurden Culturen von Erysipelascoccen, Ol. Tereb., Ol. Eucalypt. und defibrinirtes Rattenblut. Die Versuche ergaben lauter negative Resultate; ja die Versuchsthiere, denen Erysipelascoccen injicirt wurden, starben früher, als die Controllthiere.

Ferner prüften sie einige Mittel, die gegen die Diphtheritis empfohlen wurden, auf den Löffler'schen Bacillus, resp. dessen Tox-albumine. In einer Minute wurden die Bacillen getödtet von: Sublimat 1 : 5000, Alkohol 85 pCt., Eisenchloridlösung $1^1/_2$ pCt. zu gleichen Theilen mit Glycerin, Carbolsäure mit Kalkwasser 2 : 100, Jod (1 Jod, 2 Jodkali auf 300 Wasser) und 2proc. Carbollösung.

Nach 5 Minuten langer Einwirkung wurden die Diphtheriebacillen getödtet von Natr. salicyl. und Citronsäure, beide in 5proc. Lösung.

Nach 30 Minuten zeigten sich wirksam Alaunlösungen 3 pCt., Carbollösung 1 pCt., Salzsäure 1 : 1000 und Alkohol 45 pCt.

Selbst nach 3 Minuten langer Einwirkung blieben erfolglos Kali chloric. in 3 proc., und Borsäure in 4 proc. Lösung.

Merkwürdig bleiben die Resultate mit Terpentin und Pfeffermünzöl; beide vermochten nach einer Einwirkung von 5 Minuten nicht die Löffler'schen Bacillen zu tödten.

Diese Versuche waren schon beendigt, bevor noch die bekannte Arbeit Löffler's über dasselbe Thema erschienen war. LUNIN.

90) **Pomp. Popescu** (Bukarest). **Untersuchungen über die Pathogenese der Diphtherie. (Cercetari asupra patogenesei difteriei.)** *Clinica. 1891. No. 21.*

Verf. hat unter Anleitung von Prof. Babes an Kaninchen die bei der experimentellen Diphtherie zu beobachtenden Läsionen der Eingeweide im Vergleich zu denen beim Menschen vorkommenden studirt und gefunden, dass die anatomischen Veränderungen, die man bei der Diphtherie zu sehen bekommt, in 3 pathogenetisch verschiedene Gruppen zerfallen und zwar:

1. Die falschen Häute, die das Product des Klebs-Löffler'schen Bacillus sind.
2. Die Visceralläsionen, die eine Wirkung des von besagtem Bacillus secernirten Toxins darstellen.
3. Die Gangrän, die ganglionären Eiterungen und die Bronchopneumonien, deren directe Ursache eine secundäre Infection ist, deren Träger andere Bacillen, besonders aber die Streptococcen sind, welche in der Diphtherie eine sehr wichtige, wenn auch secundäre Rolle spielen. SENTINON.

91) **Iglesias** (Madrid). **Betrachtungen über Pathogenese, Therapie und Prophylaxis der Diphtherie. (Consideraciones sobre la patogénesis, terapéutica y profilaxia de la difteria.)** *Annales de la R. Academia de Medicine de Madrid. 1891. Bd. XI.*

Ausführliche Erörterung der im Titel erwähnten Punkte. GONGORA.

92) **Wachsmuth. Statistik der Diphtherie für Berlin im Jahre 1890 und die meteorologischen Verhältnisse.** *Allg. med. Centr.-Ztg. 1891. LX. 1326.*

Dem Ref. nicht zugänglich. SEIFERT.

93) **S. P. A.** (Sopoton). **Kurze Mittheilungen über die in Leibarzion und Umgegend herrschende Diphtheritisepidemie.** *(Ολίγα τινά περὶ τῆς ἐν Λειβαρζίῳ καὶ τοῖς πέριξ ἐπιδημίας διφθερίτιδος.) Γαληνός. 1891. No. 48.*

Von 51 Befallenen starben 20. Die Sterblichkeit vertheilt sich über die zum Wirkungskreise des Verf.'s gehörigen 5 Dörfer der Art, dass für die einzelnen die Zahlen 45,4 — 44,4 — 40,0 — 40,0 — 16,4 herauskommen. Die geringste Sterblichkeit kommt auf den Wohnort des Verf.'s, was derselbe damit erklärt, dass er dort die örtlichen Desinfectionsmittel (Salicylsäure, Borsäure, Eisenchlorid) selbst applicirte, während er das an den anderen Orten den Verwandten überlassen musste. SENTINON.

94) **Zapata** (D. J.). **Die Diphtheritisepidemie in Mendoza. (Epidemia de difteria en Mendoza.)** *An. del departamento journal de higiene. No. 8. 1891.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

95) **Kuznecow. Diphtherie.** *Allg. med. Central-Ztg. 1891.*

Dürfte sich decken mit dem Referat in Jahrg. VII. d. Centralbl. S. 519.

SEIFERT.

96) **Serrini** et **Gondolfo. Die Diphtheritis. (Sobre la difteria.)** *Anales de la assistenca publica Buenos-Aires. 1891. No. 7.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

97) **Strelitz** (Berlin). **Zur Kenntniss der im Verlaufe von Diphtherie auftretenden Pneumonien.** *Arch. f. Kinderheilk. XIII. 1891.*

St. hat 8 im Verlaufe von Diphtherie aufgetretene Pneumoniefälle bacteriologisch untersucht und theils isolirt, theils vergesellschaftet mit anderen, folgende Mikroorganismen gefunden: den Fränkel-Weichselbaum'schen Diplococcus, den Staphylococcus pyogenes aureus und albus, den Streptococcus pyogenes, den Friedländer'schen Bacillus, den Diphtheriebacillus. Letzterer kam einmal mit dem Traubencoccus vor. Am häufigsten wurde der Fränkel'sche Diplococcus gefunden.

Ferner hat sich ergeben, dass die Pneumonie im Verlaufe einer Diphtherie sowohl lobär, wie lobulär ist und in keinem sonst directen ätiologischen Zusammenhang mit der Diphtherie steht. SEIFERT.

98) **Gerlóczy** (Budapest). **Ein Fall von Mischinfection des Typhus abdominalis und der Croupdiphtherie.** *Pest. med. chir. Presse. 36. 1891.*

Bei einem Kinde mit 14 Jahren fand sich Tonsillitis mit mächtiger Infiltration der Submaxillardrüsen. In den folgenden 4 Tagen bildete sich ein für Typhus abdominalis charakteristischer Fiebertypus aus (Roseola, Milztumor). Unter Crouperscheinungen Tod.

Die Section bestätigte die Diagnose: Mischinfection. SEIFERT.

99) **Moos. Zur Genese der diphtheritischen Nervendegeneration.** *Virch. Arch. 1891. Bd. 124.*

Die im Gefolge von Diphtherie eintretenden Veränderungen können auf die Einwanderung von Mikro- und Streptococcen in die Schwann'sche Scheide und in die Markscheide zurückgeführt werden. Die Genese der diphtherischen Lähmung können wir uns so vorstellen, dass, sobald durch das Toxin des Diphtheriebacillus die Vorbedingung für das Eindringen desselben in das Epithel gegeben sind, auch andere accidentelle Mikroorganismen eindringen und in die Markscheide der Nerven gelangen und längs dieser immer weiter centripetal fortkriechend das Nervenmark zerstören; neue Generationen werden sich bilden, während die alten absterben, so dass zur Zeit, zu der durch das Fortkriechen die Nervenstörungen sich immer mehr ausgebreitet haben, in den zuerst ergriffe-

nen Territorien bereits eine Regeneration der Nerven stattfinden kann, mit der dann die Rückbildung der Lähmung Hand in Hand geht.

A. ROSENBERG.

100) **A. Baginsky** (Berlin). **Die diphtherischen Lähmungen.** *Arch. f. Kinderheilk. XIII. 1891.*.

Unter 244 Diphtheriefällen wurden 30 Fälle von diphtherischen Lähmungen beobachtet. In einigen Fällen musste das Verschwinden der Patellarreflexe als erstes Lähmungssymptom angesprochen werden, während in 15 Fällen die Erscheinungen der Gaumensegellähmung als erste Lähmungserscheinungen sich bemerkbar machten.

B. bespricht im Einzelnen einige Lähmungstypen von besonderer Bedeutung und weist auf ihre Eigenthümlichkeiten hin.

Zum Schluss wird die Therapie der diphtherischen Lähmungen besprochen.

SEIFERT.

101) **Arnheim** (Berlin). **Anatomische Untersuchungen über diphtherische Lähmungen.** *Arch. f. Kinderheilk. XIII. 1891.*

A. hat bei seinen Untersuchungen, welche sich auf das Material des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses stützten, Folgendes gefunden:

Hyperämie und capilläre Blutungen in den peripherischen Nerven und im Rückenmark, geringe entzündliche Processe in den Muskeln, starke parenchymatöse und interstitielle Degeneration der Nervenfasern, negativen Befund in den Ganglienzellen, keine Systemerkrankungen. SEIFERT.

102) **Pause. Der Diphtheritis-Schutz, ein aufklärendes beruhigendes Wort an Eltern und Erzieher.** Dresden, Hänsch u. Tiesler. 1891.

Dem Ref. nicht zugänglich. SEIFERT.

103) **Hirsch. Die Diphtherie und ihre erfolgreiche Behandlung auf Grund vieljähriger Erfahrungen.** *Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 14.*

Kurzes Referat von Carl Hennig. Hirsch empfiehlt Essigsäure.

LANDGRAF.

104) **J. Wissing. Die Behandlung der Diphtheritis. (Difteritens Behandling.)** *Ugesk. f. Laeger. 1891. p. 84—87.*

Nichts Neues. SCHMIEGELOW.

105) **P. Stasinopulos** (Alexandrien). **Zusammensetzung und Gebrauch der aseptischen Mittels-Therapie der Diphtheritis.** *(Σύνθεσις καὶ χρῆσις τοῦ ἀσηπτικου φαρμάκου-θεραπεία διφθερίτιδος.) Γαληνός. 1891. No. 29.*

Das aseptische Mittel besteht aus Eucalyptol, Aether, Zimmtöl und den wirksamen Bestandtheilen des egyptischen Knoblauchs und dient zur Behandlung der Tuberculose, der Diphtheritis, der Skrofulose und der Syphilis. Bei der Diphtherie wird es natürlich innerlich und äusserlich angewandt; innerlich in Tagesgaben von 0,10—0,15 bei Kindern von 4 Jahren und von 0,30 bei solchen über 5 Jahren. Zur besseren Vertheilung werden diese Dosen mit 60 g Gummischleim verdünnt resp. verdickt. Zur äusseren Anwendung werden 3 g mit 300

Gummischleim vermischt und als Gurgelungen, Rachenbepinselungen und Nasenausspülungen verbraucht. SENTINON.

106) **A. Baginsky** (Berlin). **Zur Therapie der Diphtherie.** *Arch. f. Kinderheilk XIV. 1 u. 2. 1891.*

Von local antiseptisch wirkenden Mitteln wurden angewendet: Acid. salicylicum 1—2 : 1000 als Gurgelwasser und zur Abspülung mittels Spritze und Irrigator, Acid. boric. 3 pCt., Kali hypermang. 3 pCt., Jodtrichlorid 1 : 2000, Auro-Natrio-Chloratum 1 pCt. (zum Betupfen), Acid. lacticum 10 pCt. zum Betupfen und 2 pCt. zum Spülen und Einstäuben, Acid. carbol. (alkoholische Lösung) 5 pCt. zum Tupfen, 2—3 pCt. zum Spülen, Sublimat 1 : 3000 zum Spülen, 1 : 500 zum Tupfen, Ol. Citri zum Einstäuben, Acid. acet. 2—3 pCt. zum Spülen und Gurgeln, 5 pCt. zum Tupfen, Ol. Tereb. zum Inhaliren. Von diesen Mitteln bewährte sich am besten Sublimat und ihm zunächst stehend die freilich abscheulich schmeckende 3 proc. alkoholische Carbollösung.

Von lösenden Mitteln wurde Aq. calcis mittels Hand- und Dampfsprays vielfach am Tage und 5 proc.—10 proc. Lösungen von Papayotin verwendet, von beiden Mitteln gute Erfolge gesehen. Neben der localen Applicatron dieser Mittel kam durchgängig die Eisblase und der innerliche Gebrauch von Eis zur Anwendung so lange, bis die entzündliche Infiltration der Pharynxschleimhaut geschwunden war. Von inneren Mitteln kommen reichliche Mengen schwerer Weine zur Verwendung, Kali chloric. wurde bald aufgegeben, die Chinadecocte schienen sich ziemlich gut zu bewähren. SEIFERT.

107) **Bodnár** (Pest). **Zur Behandlung der Diphtherie.** Ung. Gesellsch. d. Aerzte. 1891. — *Int. klin. Rundschau. 1891. 31. Mai.*

Seine Methode besteht in Einathmungen von Salzwasserdämpfen (stündlich vorzunehmen), dann Pinselungen mit 1 bis 2 proc. Kochsalzlösung. Schliesslich folgen Pinselungen mit 5 bis 6 proc. Eisenvitriollösung. Innerlich gebraucht er Chinin, Kali chloricum und heilte damit von 12 Fällen 11. CHIARI.

108) **G. Mayer** (Aachen). **Discussion über die Behandlung der Rachendiphtherie.** VIII. Versammlung d. D. G. f. Kinderheilk. Verhandlungen d. D. G. f. K. Pfeifer in Wiesbaden. Verlag von Bergman, Excerpt.: *Internat. klin. Rundschau. 1891. p. 1424 u. 1511.*

Nur Referat. CHIARI.

109) **A. Fuster y Hernandez** (Hellin). **Die Behandlungsweisen der Diphtherie. Recapitulation der hauptsächlichsten in neuerer Zeit gegen diese Krankheit angewandten Heilmethoden. Mit einem Vorwort von Dr. Calatraveno. (Los tratamientos de la difteria. Recopilacion de los principales métodos de tratamiento modernamente empleados contra esta enfermedad. Con un prólogo del Dr. Calatraveno.)** Hellin 1891.

Der Titel giebt hinreichend den Inhalt der Broschüre wieder. GONGORA.

110) Selldén (Schweden). Erfahrungen der letzten Jahre, die Behandlung der Diphtherie mittels Quecksilbercyanid betreffend. (Genare aarens erfarenheter rörande difteriens behandling med kvicksilfercyanid.) *Eira. 15. Dec. 1891. p. 759.*

In früheren Publicationen hat Selldén bereits die nützliche Wirkung von refracten Dosen einer HgCy Lösung (1 : 10000) gegen Diphtherie betont. In einem Districte von Schweden wurden während der Jahre 1883—86 160 Personen von D. ergriffen, von diesen starben 29 oder 18,1 pCt. Von diesen 160 Kranken wurden 132 mit HgCy behandelt und von diesen starb nur 1; die restirenden 28 wurden nur mit Chloras kalicus behandelt; diese starben alle. Auf die starke Wirkung von schwachen Lösungen von HgCy (1 : 10000) auf Diphtheriebacillen, die nach momentaner Einwirkung der Lösung beinahe alle getödtet wurden, hat Löffler hingewiesen (in einem Vortrag in dem medicinischen Verein Greifswald's am 10. Januar 1891).

Das Medicament wird in folgender Weise gegeben:

Für kleine Kinder:

Cyan. hydrargyric. 0,01, Extract. Belladon. 0,02, Tinct. Aconiti 1,0, Mel. crud. 35, Aqu. destillat. 64. M. D. S. Ein Theelöffel halbstündlich.

Für ältere Kinder:

Cyan. hydrargyric. 0,015, Extract. Belladon. 0,05, Tinct. Aconiti 1,0, Mel. crud. 35, Aqu. amar. amygd. dilut. 64. M. D. S. Ein Theelöffel halbstündlich.

Für Erwachsene:

Cyan. hydrargyric. 0,02—0,03, Extract. Belladonnae 0,10, Tinct. acon. 1,0, Mel. crud. 25, Aqu. am. am. dil. 74. M. D. S. Ein Theelöffel halbstündlich.

SCHMIEGELOW.

111) G. Camera. Das Eisenperchlorür bei der Angina diphtheritica. (Il percloruro di ferro nell' angina difteritica.) *Il Progresso medico. 30. Oct. 1891.*

C. empfiehlt stets dies Mittel, das schon 1882 vorgeschlagen wurde (Movimento Med.-Chir. 3—4); er berichtet von demselben stets gute Erfolge. Er giebt das Mittel 4stündlich bei Tag und bei Nacht und zwar benutzt er das krystallisirte Salz, das flüssig gemacht wird. Die Lösungen hält er für unwirksam.

CARDONE.

112) Aronson (Berlin). Ueber Intubation bei diphtherischer Larynxstenose. *Arch. f. Kinderheilk. XIII. 1891.*

Im Ganzen wurden im Kaiser- u. Kaiserin-Friedrich-Kinder-Krankenhaus die Intubation 18 Mal ausgeführt, 3 Fälle gehören eigentlich nicht in das Bereich der primären diphtherischen Larynxstenosen, so dass 15 Fälle von Ausführung der Tubage bei Dyspnoe in Folge von Diphtherie des Larynx verbleiben. Von diesen wurden nur 2 geheilt entlassen, bei einem derselben allerdings noch nachträglich die Tracheotomie mit Erfolg ausgeführt.

Der augenblickliche Effect der Tubage war fast bei allen Patienten ein ausgezeichneter, aber die Dauer des Effectes war meist eine kurze. In 7 Fällen wurde die Tracheotomie noch nachträglich ausgeführt, ohne dass die Patienten

gerettet werden konnten. Grosse Schwierigkeiten ergaben sich für die Ernährung. Sonstige üble Erscheinungen blieben aus.

Sehr vortheilhaft erwies sich die Intubation für die nach der Diphtherie entstandenen Larynxstenosen, speciell bei dem erschwerten Decanülement.

SEIFERT.

113) **A. Baginsky** und **Th. Gluck** (Berlin). **Die Tracheotomie.** *Arch. f. Kinderheilk. XIII. 1891.*

Von 244 in das Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinder-Krankenhaus mit der Diagnose Diphtherie aufgenommenen Kindern wurden 68 tracheotomirt und zwar wurde die Operation nicht früher ausgeführt, als bis die vorhandene Dyspnoe mit Einziehung des Jugulums, des Scrobiculus cordi und des ganzen unteren Thoraxabschnittes eine Vermeidung der Operation unmöglich erscheinen liess. Die Canüle konnte in 22 Fällen durchschnittlich 6,6 Tage nach der Operation endgiltig weggelassen werden.

45 Fälle endeten letal. Es hat sich gezeigt, dass ein rapides und plötzliches Ansteigen der Temperatur nach stattgehabter Tracheotomie in der Regel von ominöser prognostischer Bedeutung ist, ein Absinken der Temperatur ist dann prognostisch von schlechter Bedeutung, wenn es mit den Symptomen des Collapses einhergeht.

SEIFERT.

114) **W. Kanjaew. Zur Casuistik der Tracheotomie bei Kindern. (K kasuisticе tracheotomii u detei.)** *Boln. gaset Botc. 1891. No. 33.*

Tracheotomie bei einem $3^1/_2$ Jahre alten Kinde wegen Diphth. laryngis. Heilung.

LUNIN.

115) **G. Trochanis** (Athen). **Operativ geheilte diphtheritische Kehlkopfentzündung.** *(Λαρυγγῖτις διφθεριτικὴ ἰαθεῖσα δι ἐγχειρήσεως) Γαληνός. 1891. No. 17.*

Erster Croupfall, der in Athen nach Tracheotomie mit Genesung endete. Es handelte sich um einen 5jährigen Knaben. Die Operation wurde von Prof. Mangina ausgeführt. Alle Symptome deuteten auf Croup; aber am 6. Tage nach der Tracheotomie trat Eiweiss im Harn und Gaumenlähmung auf, welche Erscheinungen nach Verf. die Diagnose Diphtheritis sicher stellen.

SENTINON.

116) **Schleicher. Vorstellung eines 8jährigen tracheotomirten Kindes. (Démonstration d'un enfant de 8 ans.)** *Annales et Bulletin de la Société de Méd. d'Anvers. Sept. 1891.*

Schl. stellt in der med. Gesellschaft von Antwerpen ein 8jähriges, wegen Diphtheritis vor 3 Jahren tracheotomirtes Mädchen vor, welchem die Canüle wegen Einsinken der erschlafften oberen Kehlkopfpartieen nicht hatte entfernt werden können. Es trägt eine Canüle nach Wegener, welche Schl. vorläufig nicht wegnehmen kann, wegen einer Granulationsgeschwulst, welche sich auf der vordern Fläche des rechten Aryknorpels befindet.

BAYER.

117) **Bocchini. Zwanzig Tracheotomien bei kleinen Kindern mit Croup (20 tracheotomie in bambini ammalati di crup.)** VIII. Congress der Ital. Gesellsch. f. Chirurgie. — *La Riforma Medica. 31. Oct. 1891.*

Die Kinder waren sämmtlich unter 9 Jahren. — B. giebt dem Thermocauter bei der Durchtrennung der praelaryngealen Gewebe den Vorzug und hält eine Desinfection vor der Einführung der Canüle für geboten. B. erzielte 14 Heilungen — darunter bei 2 kleinen Kindern von 2 und $^1/_2$ Jahr — im Ganzen also 70 pCt.

CARDONE.

118) **Jakubowski (Krakau). Ein Vergleich über die bei Croup durch Tracheotomie resp. Intubation erzielten Resultate. (Porównanie leczenia dławca za pomocą tracheotomii, resp. intubacyi krtani.)** *Gaz. lek. No. 35, 36. 1891.*

In einem, am 19. Juli 1891 in der internen Section des Krakauer medicinischen Congresses gehaltenen Vortage referirte Prof. J. die hier besprochene Frage, an welcher Theil zu nehmen er durch Prof. Ranke aufgefordert war.

Das betreffende Material seiner pädriatischen Klinik überliess er zur Ausnutzung Herrn Dr. Momidlowski, seinem ersten klinischen Assistenten. Vom Anfang December 1890 bis zum 1. Juli 1891 wurden 64 mit Croup behaftete Kranke nach der O'Dwyer'schen Methode behandelt und zwar mit folgenden Resultaten.

1. Bei primärer Diphtherie 59 Fälle, von denen		
32 Fälle intubirt wurden mit	21	= 65,6 pCt. Heilungen,
in 27 Fällen nachfolgende Tracheotomie mit	2	= 7,4 pCt. „
in 59 Fällen also	23	= 39 pCt. Heilungen.
2. Bei secundärer Diphtherie wurden		
5 Fälle intubirt mit	3	= 60 pCt. Heilungen.
in 64 Fällen also	26	= 40 pCt. Heilungen.

Auf Grund der Erfahrungen anderer Forscher und seiner eigenen zieht Verfasser folgende Schlüsse:

Die Intubation ist ein milderer, weniger gefährlicher Eingriff wie die Tracheotomie, in leichteren Fällen verdient sie also den Vorzug.

Ihre Schattenseite bildet die Nothwendigkeit den Kranken immerfort beaufsichtigen zu müssen. Die Intubation, wie auch die Extubation sind für die Kranken eine höchst unangenehme Procedur, desto unangenehmer, je weniger Uebung der entsprechende Operateur sich angeeignet hat.

Durch das öftere Verschlucken und den erschwerten Luftzutritt (durch die enge Canüle) tritt nach der Intubation Lungenentzündung öfters auf, als nach der Tracheotomie.

Bei Croup, der sich ausschliesslich auf den Kehlkopf und den oberen Theil der Luftröhre localisirt, geben Intubation und Tracheotomie gleich gute Resultate, dennoch wird durch die Intubation die Behandlung verkürzt. Wenn nach der Intubation der Process auf die Luftröhre und die Bronchen übergreift, so muss die Tracheotomie schleunigst ausgeführt werden. Ueberhaupt verdient in solchen Fällen die Tracheotomie den Vorzug.

Bei schwierigem Decanülement kann die Intubation mit Vortheil angewendet werden.

Beide Methoden können sich ersetzen, beide haben einen unbestreitbaren Werth bei der Therapie schwerer Larynxerkrankungen. HERYNG.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

119) **H. J. Joins. Die physiologische Thätigkeit der Epiglottis. (The physiological action of the epiglottis.)** *American Institutes of Homoeopathy. XLIII. 320.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **Landgraf. Laryngologische Mittheilungen.** *Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 1.*

L. berichtet I. über einen Fall von chronischer diffuser Erkrankung der Augenbindehäute, der Schleimhaut der Nase, des Rachens, Kehlkopfs, der Trachea und der Mundhöhle. Pemphigus-Diagnose zuerst schwierig. Therapie machtlos.

II. Ueber mehrere Fälle von Neubildungen im Larynx u. A. einen Fall von Fibroma molluscum.

III. Ueber 2 Fälle von Ankylose des Crico-arytaenoidgelenks, welche er mechanisch zu behandeln versuchte — ohne Erfolg. LANDGRAF.

121) **B. Baginski. Laryngologische Mittheilungen.** *Berliner klin. Wochenschr. 1891. No. 50.*

1. Ueber Nystagmus der Stimmbänder.

Eine 61jährige Frau hat in ihrem 15. Jahre eine Verwundung der rechten Stirnhälfte durch einen Steinwurf erlitten und darauf 6 Wochen an Gehirnentzündung krank gelegen.

Aus der langen Krankengeschichte der hysterischen Person ist hervorzuheben, dass sie im Alter von 29 und 52 Jahren längere Zeit aphonisch war. Jetzt besteht das Bild des chronischen Kehlkopfcatarrhs. Ausserdem zeigten die Stimmbänder und Aryknorpel regelmässige zuckende Bewegungen, etwa 50 bis 54 Mal in der Minute. Es sind dies kurze Adductionsbewegungen, welche die Stimmbänder bis etwa zur Cadaverstellung der Mitte nähern und stets mit der Exspiration zusammenfallen. Die Respiration ist auf 50—54 in der Minute beschleunigt. Keine Sensibilitätsstörungen im Larynx.

Die Bezeichnung Nystagmus der Stimmbänder scheint dem Ref. in der That nicht glücklich gewählt. Es handelt sich genau besehen um nichts, als eine hysterische Athmungsbeschleunigung.

2. Carcinom der Thyreoidea und Mitbetheiligung des Larynx.

48jähriger Patient. Heiserkeit und Athemnoth waren die Hauptsymptome neben durch äussere Untersuchung nicht zu constatirender Vergrösserung der Gland. thyreoidea. Das linke Stimmband stand unbeweglich in der Mittellinie.

Die Autopsie ergab völlige Degeneration des von dem carcinomatös entarteten linken Schilddrüsenlappens comprimirten Recurrens und fettige Degeneration sämmtlicher linksseitiger Kehlkopfmuskeln mit Ausnahme des Crico-thyreoideus. Wie die Medianstellung zu Stande kam bleibt unerklärt. LANDGRAF.

122) **Damieno. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosi laringea.)** *Gazzetta degli Ospitali. 3. Mai 1891.*

Nichts Bemerkenswerthes. CARDONE.

123) **Cuvillier. Die Kehlkopfphthise. (De la phthisie laryngée.)** *Gazette des hôpitaux. 19. Oct. 1891.*

Verf. giebt eine allgemeine Darstellung der Frage; er bespricht die Aetiologie, die verschiedenen Formen und die Pathogenese der Krankheit. Was die Behandlung derselben anlangt, so bekennt C. sich als Anhänger der Cauterisation mit mehr oder weniger starken Milchsäurelösungen und des von Heryng empfohlenen Curettements. E. J. MOURE.

124) **R. Norris Wolfenden** (London). **Klinische Vorlesung über Kehlkopfphthise. (Clinical lecture on laryngeal phthisis.)** *Journ. of laryngol. Nov. 1891.*

Ein klinischer Vortrag über die Natur und die Behandlung der Kehlkopfphthise. MACKENZIE-JOHNSTON.

125) **Rogner y Casadesús** (Barcelona). **Seltener Fall von Heilung tuberculöser Kehlkopfsverletzungen. (Caso raro de curacion de lesiones tuberculoses de la laringe.)** *Revista de laringologia, otologia y rinologia. 1891. Juni.*

30jähriger Kranker mit geröthetér Kehlkopfschleimhaut und einer erbsengrossen, himbeerförmigen rothen Geschwulst im Interaryraume. Rechtes Stimmband im hinteren Drittel sehr verdickt und von schwammigem Aussehen. Unvollkommene Adduction der Stimmbänder; Dysphonie. Auf der rechten Seite der Brust eine Dämpfung, die sich vom Schlüsselbeinrand bis zur 4. Rippe erstreckt; Knistern in der Spitzengegend, tubares Bronchialathmen mit deutlicher Lungenverdichtung bis zur Grenze der Dämpfung. Hinten verstärktes Bronchialathmen. Linke Lunge gesund. Diagnose. Tuberculose des Kehlkofs und der Lunge, tuberculöse Wucherungen im Kehlkopf. Therapie: Jodoform und Leberthran innerlich; Buchencreosotzerstäubungen. Rasche Besserung des Kehlkopfszustandes, so dass nach 2 Monaten von den bestandenen Veränderungen keine andere Spur übrig blieb als eine Anschwellung in der Zwischengiesskannenknorpelgegend, wo vorher die Geschwulst gesessen hatte. Die Verdickung der Stimmbänder war verschwunden, die Schleimhaut normal gefärbt und die Stimme klar. Verf. schreibt den Erfolg der exquisiten Zugänglichkeit des Patienten für die Arzeneiwirkung zu. GONGORA.

126) **D. Wright. Vier Fälle von tuberculöser Laryngitis. (4 cases of tubercular laryngitis.)** *Journ. of Ophth., Otol. and Laryngol. Oct. 1891.*

Verf. berichtet über 4 Fälle; Fall 3 zeigte wesentliche Veränderungen offenbar im Sinne der Heilung nach Ausführung der Tracheotomie und Fall 4

ist augenscheinlich ein Beispiel einer vollständigen Heilung der Krankheit; dieselbe trat spontan ein, ohne dass eine specielle Besandlung, die sich gegen die Veränderungen im Kehlkopf richtete, eingeleitet worden war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

127) **Heryng. Ist eine Radicalheilung der Kehlkopfphthise durch die endolaryngeale chirurgische Behandlung erreichbar? (Une guérison radicale de la phthisie du larynx peut-elle être obtenue par le traitement chirurgical endolaryngée?)** *An. des malad. de l'oreille etc.* 1891. *XVII. 1—17.*

In einem längeren Aufsatz über dieses Thema legt H. an der Hand seiner eigenen Beobachtungen, sowie derjenigen von Autoren, die sich der chirurgischen Therapie, des Curettements der Ulcerationen, bedienten, dar, dass man eine vollständige Heilung erzielen kann, wenn man nur sich seine Fälle dazu aussucht. Die Indication für das Curettement giebt jede umschriebene Infiltration, jede langsam sich entwickelnde Tuberculose. Eine vorgeschrittene Affection der Lungen braucht, wenn sie ohne hectisches Fieber verläuft, nicht immer eine Contra-Indication abzugeben. Ferner ist die Curette indicirt für die Infiltrationen und die tiefen Ulcerationen der Oberfläche der Stimmbänder, sowie für die hypertrophischen und mit Granulationen bedeckten Ulcerationen.

E. J. MOURE.

128) **R. Pfeiffer. Zur Behandlung der Kehlkopf- und Lungentuberculose mittels parenchymatöser Injectionen.** *Dtsch. med. Woch.* 1891. *No. 13.*

Ueber obige Schrift giebt Bresgen ein kurzes Referat.

Pf. spritzt in die erkrankten Kehlkopftheile eine Perubalsamemulsion, resp. lässt damit inhaliren oder reibt sie ein. In die Lunge spritzt er 3 %ige Lösung von Creosot in Mandelöl.

LANDGRAF.

129) **P. Kaatzer. Zur Behandlung mit dem Koch'schen Heilmittel gegen Tuberculose.** *Dtsch. med. Woch.* 1891. *No. 3.*

K. publicirt seine an 10 Pat., von denen 5 mit Larynxtuberculose behaftet waren, während einer Behandlungsdauer von 4 Wochen gemachten Erfahrungen. Nichts Besonderes.

LANDGRAF.

130) **E. Moritz (Petersburg). Die Koch'sche Behandlung im deutschen Alexander-Hospital.** *Petersb. med. Woch.* 1891. *No. 6.*

Unter den 35 Pat., die mit Koch'scher Lymphe behandelt wurden, litt ein Patient blos an einer tuberculös-ulcerativen Perforation des weichen Gaumens. Nach der Injection schwoll das Velum mächtig an, das Ulcus vergrösserte sich, bis endlich die letzte schmale Schleimhautbrücke durchriss. Die Ränder des Defects vernarbten vollständig.

Ferner wurden noch 12 Pat. mit Larynxtuberculose behandelt, doch bei allen waren die Lungen ernstlich erkrankt. In 2 Fällen wurde eine leichte Besserung erzielt, die anderen sind theils ihrer schweren Phthise erlegen, theils aussichtslos entlassen.

LUNIN.

131) **W. Kernig** (Petersburg). **Kurzer vorläufiger Bericht über die in der Frauenabtheilung des Obuchow'schen Hospitals nach Koch'scher Methode behandelten Schwindsüchtigen.** *Petersb. med. Woch.* 1891. *No. 12.*

Behandelt 14 Kranke; davon 2 mit Erkrankungen der Lunge und des Kehlkopfs. In beiden Fällen allgemeine und locale Verschlimmerung.

LUNIN.

132) **Moritz Schmidt. Wirkung des Koch'schen Heilverfahrens bei tuberculösen Erkrankungen des Kehlkopfs.** *Berl. klin. Woch.* 1891. *No. 18.*

Schmidt sah unter 42 Kranken 25 Heilungen, von denen 20 für längere Zeit Bestand hatten.

LANDGRAF.

133) **Kroeger** (Pernau). **Die Tuberculinbehandlung im Pernauschen Stadtkrankenhause.** *Petersb. med. Woch.* 1891. *No. 22.*

Von 14 Fällen mit Lungentuberculose waren 2 mit Tuberculose des Kehlkopfs complicirt. In einem Falle Verminderung der Infiltration und der Röthe der Larynxschleimhaut; die Resultate des zweiten Patienten nicht erwähnt.

LUNIN.

134) **Charazac. Die Koch'sche Lymphe bei der Behandlung der Kehlkopfphthise. (De la lymphe de Koch dans le traitement de la tuberculose laryngée.)** *Bull. Soc. med. de Toulouse. No. 1.* 1891.

Verf. bezieht sich auf 2 Beobachtungen; in beiden Fällen kam es zu Verschlimmerung der allgemeinen Symptome und es trat ein ganz acuter Schub von Knötchenbildung seitens des Kehlkopfs ein. Verf. hält deshalb dafür, dass diese Behandlungsmethode für die Kehlkopftuberculose aufzugeben ist.

E. J. MOURE.

135) **Wyatt Wingrave. Präparate. (Specimen.)** *Brit. Med. Journ.* 7. *März* 1891.

Lungen und Kehlkopf eines Falles nach Behandlung mit dem Koch'schen Mittel von W. in der Pathologischen Gesellschaft demonstrirt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

136) **Egger** (Arosa). **Spätes Auftreten von Kehlkopferkrankung bei Behandlung Lungenkranker mit Tuberculin.** *Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. Hft. 6.* 1891.

Zwei Fälle bei welchen am Ende einer Impfkur von 20 Injectionen, nachder Kehlkopf vorher nicht tuberculös erkrankt gewesen war. Tuberkelknötchen und Stimmbandinfiltrate auftraten. Verf. schloss daraus, dass durch die Impfungen entweder Tuberkelstoff verschleppt oder dass verborgene Herde aufgedeckt wurden, oder dass diese Eruptionen zufällig auftraten. Er gab die Impfungen auf und kehrte zu der Milchsäurebehandlung zurück.

JONQUIÈRE.

137) **Ebstein** (Prag). **Die Koch'schen Injectionen bei Neugeborenen und in der ersten Kindheit.** *Prag. med. Woch.* 14. *Jan.* 1891 *u.* 21. *Jan.*

Da die Diagnose der Tuberculose bei kleinen Kindern wegen des mangelnden Sputums, wegen des Fehlens des Fiebers und der Nachtschweisse und wegen

der häufigen Beschränkung auf die Bauchorgane oft sehr schwer ist, hätte das Tuberculin hier eine grosse Bedeutung. E. machte Versuche bei 14 Kindern bis zu 3 Jahren und zwar an gesunden Säuglingen, an Säuglingen tuberculöser Mütter, die anscheinend gesund waren, dann zu diagnostischen Zwecken und endlich behufs Therapie. Das Tuberculin wirkt nach ihm verlässlich in diagnostischer Hinsicht; die Heilerfolge waren ihm damals noch nicht spruchreif erschienen.

CHIARI.

138) **E. Rennenkampff** (Dorpat). **Versuche mit cantharidinsaurem Kali bei Tuberculose.** *Petersb. med. Woch.* 1891. *No. 25.*

Unter 16 Patienten mit Lungentuberculose war bei 7 Patienten auch der Kehlkopf miterkrankt.

In einem Fall besserten sich die tuberculösen Stimmbandgeschwüre nach 17 Injectionen. In 2 Fällen mit chronischem Catarrh der Stimmbänder und characteristischer Schwellung der Reg. interaryt. schwand die Heiserkeit, der Stimmbandcatarrh besserte sich, die Schwellung der Reg. interaryt. blieb unverändert.

In 4 Fällen mit chronischer Laryngitis keine nennenswerthen Erfolge. In allen 7 Fällen betraf die Besserung nicht die eigentlichen tuberculösen Infiltrate, sondern beschränkte sich blos auf die Begleiterscheinungen derselben. LUNIN.

139) **Sokolowski** (Warschau). **Einige Worte über die Wirkung des cantharidinsauren Kaliums bei Phthise des Kehlkopfes und der Lungen.** *Gazeta lekarska.* 1891. *No. 18.* Excerpt. *Allg. Wien. med. Ztg.* 1891. *No. 42. p. 472.*

Ohne günstige Wirkung auf die Tuberculose sah S. in 6 Fällen 1 mal Nephritis mit Exitus letalis, 1 mal Nephritis und sonst Fieber, Oedem etc.

CHIARI.

140) **Fetzner. Beitrag zur Wirkung des Cantharidins auf chronisch-catarrhalische Affectionen des Kehlkopfes.** *Zeitschr. f. Veterinärk. Berlin* 1891. *III. 95. 100.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

141) **Charazac. Einige Fälle von Kehlkopftuberculose behandelt mit cantharidinsaurem Kalium. (Quelques cas de tuberculose laryngée traités par le cantharidate de potasse.)** *Ann. de la Polyclinique de Toulouse. Nov.* 1891.

Verf. hat die genannte Methode bei mehreren Kranken seiner Klinik erprobt und zieht aus den beobachteten Thatsachen folgende Schlüsse: die Injectionen von Kal. cantharid. bis zur Dosis von 1 oder 2 Decimilligramm sind ohne Gefahr für den Kranken; die Injection ist aber manchmal sehr schmerzhaft. Die Injectionen scheinen in manchen Fällen den Allgemeinzustand des Kranken zu bessern, doch wurden niemals ähnliche Resultate erzielt, wie sie in Deutschland publicirt sind. Die Stimme wurde in keinem Falle wiedergewonnen; und was die Larynxphthise selbst anlangt, so geben die gewöhnlichen Methoden, die Application der Milchsäure etc. sehr viel bessere Resultate. E. J. MOURE.

142) **Corradi** (Verona). **Ein Fall von Ausschabung der Stimmbänder. (Un caso di raschiamento delle corde vocali.)** *La Riforma Medica.* 5. *Oct.* 1891.

Nichts Erwähnenswerthes. CARDONE.

143) **Schwartz. Drei Fälle von Laryngotomie zwischen Ring- und Schildknorpel. (Trois observations de laryngotomie intercrico-thyroidienne.)** *Arch. Intern. de Laryngol. Novemb.-Dec.* 1891.

Der Verf. publicirt 4 Fälle, in denen er die Laryngotomia intercrico-thyroidea ausgeführt hat; es handelte sich um 3 Tuberculöse und einmal um einen Kranken mit malignem Kehlkopftumor. Verf. empfiehlt die Operation vor allem als leicht, gutartig und wirksam für die Mehrzahl der Fälle, in denen die Tracheotomie angezeigt erscheint. E. J. MOURE.

144) **Loeb** (Bonn). **Die totale und partielle Exstirpation des Kehlkopfes.** Inaug.-Dissert. Bonn 1891.

Bericht über 7 Kehlkopfexstirpationen: 1 totale wegen Carcinom, 6 halbseitige, 4 mal wegen Carcinom, 2 mal wegen Tuberculose. 2 Fälle von Carcinom wurden geheilt, darunter der einer Totalexstirpation, 2 Pat. mit Carcinom und Tuberculose starben in den ersten 14 Tagen nach der Operation an putrider Bronchitis oder septischer Pneumonie, 1 Pat. mit Carcinom erlag nach 8 Monaten einem Recidiv. Die 2 anderen Fälle waren noch zu frisch, um von Heilung reden zu lassen. SEIFERT.

145) **W. C. Jarvis. Schlussfolgerungen aus der Beobachtung eines Falles von narbiger Verengerung des Larynx mit ungewöhnlichen klinischen Symptomen; Demonstration des Präparates. (Useful deductions derived from the study of a case of cicatricial contraction of the larynx possessing unusual clinical features, with exhibition of specimen.)** *N. Y. Med. Journ.* 7. *Nov.* 1891.

Der Fall lehrt:

dass das Leben jahrelang erhalten bleiben kann, obgleich die Athemluft nur durch eine so kleine Oeffnung eindringen kann, wie man sie für Athmungszwecke als ganz unzureichend ansehen sollte, wenn nur Aufmerksamkeit und Geistesgegenwart, sowie ein sorgfältiges Achthaben auf die Nasenathmung geübt werden;

dass, im Gegensatz zu der gewöhnlichen Anschauung, der Tod in solchen Fällen eine Erschöpfung ist und nicht durch Erstickung erfolgt;

dass sich eine ausgesprochene Besserung durch die Benutzung lokaler Mittel und besonders durch die glättende Wirkung gewisser salbenartiger Medicamente erzielen lässt;

dass, wenn locale Mittel die dyspnoischen Erscheinungen bei einer syphilitischen Kehlkopfstenose nicht zu beseitigen vermögen, man vernünftiger Weise zur internen Darreichung von Jodkali wird übergehen müssen;

dass die erhebliche Besserung, die man bei der internen Anwendung dieses Mittels bei Lungen- wie bei Kehlkopfasthma erzielt, sehr für die Annahme eines gleichzeitig bestehenden Lungenleidens spricht;

dass die Tracheotomie in diesen Fällen vorgenommen werden soll und zwar

zu einer Zeit, die nach der Gesammtheit der Symptome sorgsam zu bestimmen ist; die Intubation des Kehlkopfes aber ist contraindicirt durch die ausserordentliche Engigkeit und den festen Charakter der Narbe und durch die Gefahr, dass unheilbare inspiratorische Krämpfe dabei hervorgerufen werden. LEFFERTS.

146) **L. Lubliner.** (Aus Dr. Heryng's laryngologischer Abtheilung.) **Zur Technik der mechanischen Behandlung der Larynxstenosen.** *Therap. Monatshefte.* 1891. *November.*

Bei der Dilatation hochgradiger Larynxstenosen hat man nach dem Verfasser ausser der krampfartigen Contraction der Larynxmuskeln, die durch Cocain beseitigt wird, vor Allem die Schwierigkeiten von Seiten des schrägen, oft geknickten Canals zu überwinden.

Wenn dünnere Metallsonden ihren Weg nicht finden können, ist es rathsam, nach Entfernung der Trachealcanüle und Cocainisirung des Trachealcanals oberhalb der Trachealwunde, eine biegsame, 5—8 mm dicke Zinnbougie mit einer napfartigen Vertiefung an ihrem Ende, welcher die Krümmung des gewöhnlichen Catheters gegeben wird, von unten einzuführen. Sie passirt die Strictur leicht und kommt über die Zungenbasis in der Mundhöhle zum Vorschein. — In die napfförmige Vertiefung der Zinnbougie wird nun der Schrötter'sche Zinnbolzen mit seinem Messingknopf eingesetzt und während die linke Hand die Bougie nach unten langsam aus der Trachea entfernt folgt der auf ihr liegende Bolzen der ihm angegebenen Direction. Sobald der Messingknopf des Bolzens in dem Fenster der äusseren Canüle erscheint, wird die von Dr. Heryng angegebene geschlitzte Canüle hineingeschoben und der Bolzen dadurch fixirt. Die Zinnsonde kann auch durch die Schrötter'sche dreieckige Hartkautschukbougie No. 1, der eine entsprechende Krümmung gegeben wird, ersetzt werden.

Diese Methode, die nur eine Modification der von Dr. Catti angegebenen ist, hat den Vortheil, dass sie allen Collegen zugänglich ist, auch ohne Laryngoscop ausgeführt werden kann, und keine speciellen Instrumente (biegsame Röhrenzange nach Catti) erfordert. HERYNG.

147) **Heinrich Schmidt. Beitrag zur operativen Chirurgie des Larynx.** Berlin, G. Schade 1891.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

148) **Socin** (Basel). **Totalexstirpation des Larynx.** Sitzungsbericht. *Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. H. 17.* 1891.

Kurzes Referat ohne laryngologisch verwerthbare Angaben.

JONQUIÈRE.

149) **Tietze. Erfahrungen über die Operationen an den Luftwegen (1872—1889).** *Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. 32. 5 u. 6.* 1891.

Vom Jahre 1885 wurden wegen Diphtherie tracheotomirt 202 Fälle mit 41 Heilungen = 20,3. Zweimal war nach der Tracheotomie tödtliche Nachblutung aus der Art. Thyreoid. inf., 1mal aus Art. und Vena anonyma und Thyr. superior, 2mal aus grösseren Venen, in zwei anderen Fällen war die Quelle ungewiss.

Ferner wird berichtet über 10 Fälle, in welchen Fremdkörper in den Luftwegen zur Tracheotomie Veranlassung gaben, 3mal hatte der Fremdkörper seinen Sitz im Kehlkopf, 3 mal in der Luftröhre, 2 mal im ersten Bronchus, 1 mal war der Sitz ungewiss (Section nicht gestattet).

Ausserdem wurde die Tracheotomie ausgeführt 4 mal wegen inoperablem Carcinom des Larynx, 1 mal wegen Papillom des Larynx, 7 mal wegen Kehlkopftuberkulose, 2 mal wegen maligner Neubildungen der Schilddrüse.

Laryngofissuren wurden 4 mal ausgeführt wegen Tumoren des Kehlkopfes (Papillome, Fibrom) und 1 mal wegen Tuberculose.

Kehlkopfexstirpationen wurden 13 vorgenommen in allen Fällen mit Ausnahme eines (Sarcom) handelte es sich um Carcinom des Kehlkopfes.

SEIFERT.

150) **Clinton Wagner. Ein Fall von Thyreotomie bei einem 18 Monate alten Kind. (A case of thyreotomy in a child eighteen months old.)** *N. Y. Med. Journal. 7. Nov.* 1891.

Der Fall ist interessant wegen der Jugend des Pat. — 18 Monate — das jüngste Alter von allen publicirten Fällen.

LEFFERTS.

151) **O. A. Fliesburg. Zwei Fälle von Tracheotomie. (Two cases of tracheotomy.)** *Northwestern Lancet. 1. Sept.* 1891.

Die Tracheotomie wurde im ersten Falle wegen Kehlkopfcarcinom und im zweiten wegen Verstopfung der Luftwege durch einen Fremdkörper vorgenommen. F. giebt der Tracheotomie beim Krebs weitaus den Vorzug vor der Laryngectomie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

152) **Biedert** (Hagenau). **Sätze über Tracheotomie.** Sep.-Abdr. aus d. *Verhandl. d. Ges. f. Kinderheilk. VII.* 1891.

Die Tracheotomie hält B. erst angezeigt, wenn unblutige Verfahren keine Aussicht auf Rettung bieten, er wendet sich gegen eine frühe Operation. B. entscheidet sich für die obere Tracheotomie. Zur Nachbehandlung: feuchte Einpackungen, Dampferzeugungen, Jodoformeinstäubung in die Operationswunde.

SEIFERT.

153) **F. Sojo** (Barcelona). **Ueber Chloroformnarkose bei Tracheotomie. (De la anestesia cloroformica en la traqueotomia.)** *Gaceta médica catalana.* 1891. *No. 9.*

Um bei einem 60jährigen Kranken den Luftröhrenschnitt auf thermokaustischem Wege vorzunehmen, chloroformirte der Verf. und bemerkte dabei, dass die Athembeschwerden sich minderten und er so ein ruhiges Operationsfeld bekam. Alles ging glatt ab und nach 12 Tagen war der Kranke geheilt. Verf. giebt Verneuil Recht, wenn er meint, dass man mit der Narcose dem Tode durch Collaps vorbeugen könne. Die Gefahr des Eindringens von Blut in die Luftröhre hält er nicht für gross und die Anwendung des Chloroforms erscheint ihm nur dann contraindicirt, wenn durch die Athemnoth schon Analgesie eingetreten ist oder wenn die Umstände zu raschem Eingreifen zwingen.

GONGORA.

154) **B. Logoris. Dr. Olivier's neues Instrument zur Tracheotomie. (Dr. Olivier's new tracheotomy instrument.)** *Chicago Med. Recorder. Vol. I. p. 140.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

155) **V. Martone. Modification des Langenbeck'schen Tenaculums zur schnellen Ausführung der Tracheotomie. (Modificazione al tenacolo di Langenbeck per la istantanea esecuzione della tracheotomia.)** *Bollettino della R. Acad. Med. de Naples. No. 1, 2, 3.* 1891.

Die Modification besteht: 1) in der Krümmung, die 5 cm beträgt und die eine leichtere Placirung der Spitze gestattet; 2) in einer Federvorrichtung an Stelle des bisherigen Schlusses der dilatirten Branchen. CARDONE.

156) **T. Toti** (Florenz). **Die Intubation des Kehlkopfs bei Tracheotomirten. (Sulla intubazione laringea nei tracheotomizzati.)** *Lo Sperimentale. 31. Juli* 1891.

T. weist darauf hin, dass in einer gewissen Zahl von Fällen, in denen man nach der Tracheotomie die Intubation ausführen musste, diese Operation keine günstigen Resultate ergeben hat. Es sind dies die Fälle, in denen man die Canüle Monate und Jahre lang in situ gelassen hat, wo dann eine Stenose des Kehlkopfes sich als Folge der Tracheotomie selbst, der tiefen Ulcerationen der weichen Gewebe und der Nekrose der Knorpel eingestellt hatte. T. zählt die verschiedenen Gründe für diesen mangelhaften Erfolg auf und schlägt einige Modificationen an den Instrumenten für die Intubation vor. CARDONE.

157) **G. Goodhue. Intubation. (Intubation.)** *Cincinnati Med. Journ. Vol. VI. p. 321.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

158) **F. Massei. Kurze Betrachtungen über die Intubation bei Kindern und Erwachsenen und ihre Aufnahme in Italien. (Short considerations on intubation in children and adults as adopted in Italy.)** *Med. and Surg. Reporter. 8. Aug.* 1891.

Die Operation wurde in Italien von E. Egidi (Rom) eingeführt; sie fand eine starke Opposition, zu der auch Massei selbst gehörte, der sie nicht für ungefährlich hielt. Unglücklicherweise war der Croup in Rom sehr bösartig und so waren die Resultate sehr schlechte.

Unter 11 Fällen bei Kindern hat M. 5 Heilungen; in 4 Fällen hat er auch an Erwachsenen operirt. In allen Fällen intubirte er unter Führung des Kehlkopfspiegels. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

159) **C. H. von Klein. Die Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Cleveland Med. Gazette. August* 1891.

Verf. hält die Intubation nicht für eine so fürchterlich schwere Operation, dass sie nicht jeder Laryngologe selbst ausführen lernen sollte, so dass er seine Fälle nicht erst dem Chirurgen überweisen muss.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

160) **Redactionelle Notiz. Die Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Med. and Surg. Reporter.* *22. August* 1891.

Der Artikel ist „ein Versuch, den gegenwärtigen Stand der Operation unparteiisch und ohne Schlüsse zu ziehen, einfach darzulegen“.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

161) **Berto. Die Kehlkopfintubation. (Le tubage du larynx.)** *Le Scalpel. No. 45. 10. Mai* 1891.

Revueartikel, in welchem sich der Autor, gestützt auf die entsprechende Litteratur, berechtigt fühlt, den Praktikern grosse Hoffnungen mit der Intubation zu machen. Er hebt nur die Vorzüge derselben, die theoretisch ja sehr schön sich ausmachen, hervor. Im Falle des Misslingens bleibe immer noch die Tracheotomie übrig. Die Statistik ergab sogar nach Waxham ein viel günstigeres Resultat für die Intubation, als für die Tracheotomie!

BAYER.

162) **F. E. Waxham. Eine Statistik der Intubation. (Statistics of intubation.)** *Archives of Pediatrics. Juli* 1891.

Erste	100	Fälle	: 27	Heilungen	= 27	pCt.
Zweite	100	„	: 34	„	= 34	„
Dritte	100	„	: 42	„	= 42	„
Letzte	43	„	: 18	„	= 42	„

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

163) **W. B. Pusey. 37 Intubationen. (37 intubations.)** *Am. Practitioner and News. 19. Dec.* 1891.

15 Heilungen; der grosse Vortheil der Operation besteht darin, dass man sie zeitiger vornimmt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

164) **H. Ranke. Die Intubation im Jahre 1890/91.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 40.* 1891.

Die Intubationsresultate im Jahre 1890/91 sind bessere als die der Tracheotomie. Ganghofner, von Muralt und Ranke wandten in erster Linie stets die Intubation an und tracheotomirten nur, wenn die Intubation nicht zum Ziele führte. Im Ganzen wurden bekannt: 365 Intubationen mit einem Heilungsprocent von 40,5; 237 Tracheotomien mit einem Heilungsprocent von 34,3. Die günstigen Resultate der Intubation rühren von der grösseren Erfahrung der Operateure her. Ranke empfiehlt, die Fäden an der Tube zu lassen und die Herausnahme der Tube des Extractors nur ausnahmsweise zu bewerkstelligen; auch die Verbesserung der Tube durch Abrundung des unteren Endes, wodurch Decubitus vermieden wird, trägt zu dem günstigen Resultate bei. Von 348 Intubirten mussten nachträglich noch 83 tracheotomirt werden, was den Werth der Intubation nicht beeinträchtigen kann; ob im einzelnen Falle zu intubiren oder gleich zu tracheotomiren sei, ist sehr schwer zu entscheiden.

SCHECH.

165) **W. B. Johnson. Die Intubation des Kehlkopfs mit einem Bericht über 18 Fälle. (Intubation of the larynx with a report of 18 cases.)** *Med. Record. 4. Juli* 1891.

Verf. zählt die Gründe auf, die ihm die Intubation als der Tracheotomie

überlegen erscheinenn lassen. Dann behandelt er auch die Construction der Tuben, sowie in ausführlicher Weise die einzelnen Phasen des Intubationsaktes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

166) **S. L. M'Curdy. Ein Fall von Intubation; 40 Tage langes Tragen der Röhre. (Case of intubation. Tube worn 40 days.)** *Columbus Med. Journal. Juli* 1891.

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

167) **H. S. Mc Connell. Ein glücklicher Fall von Intubation. (A successful case of intubation.)** *N. Y. Med. Record. 31. Oct.* 1891.

Nichts Neues oder Wichtiges. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

168) **J. O. Roe. Die Intubation bei der specifischen Larynxstenose. (Intubation in specific stenosis of the larynx.)** *Buffalo Med. and Surg. Journal. Juli* 1891.

Bericht über einen Fall. Nichts besonderes Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

169) **Koch. Ueber Intubation, besonders bei acut auftretenden Larynx- und Trachealstenosen. (Voordracht over de tubage, vooral bij acuut optredende stenosen van larynx en Trachea.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 1. Juli* 1891.

In der Märzsitzung der Gröninger Med. Gesellschaft hält R. einen Vortrag über die Intubation nach O'Dwyer. Er fand bei 149 Kindern mit Larynx- und Trachealstenosen, bei welchen abwechslungsweise bald die Intubation bald die Tracheotomie vorgenommen worden war, dass die Mortalität beinahe gleich gross war. Er kommt zur Conclusion, dass, wenn die Tracheotomie von den Eltern verweigert werde, der Arzt auf die Ausführung der Intubation dringen müsse.

BAYER.

170) **S. L. Mc Curdy. Bericht über die Intubation. (Report on intubation).** *Columbus Med. Journ. Dec.* 1891.

Die Intubation soll vorgenommen werden, sobald die Diagnose gestellt ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

171) **Montgomery. Intubation oder Tracheotomie. (Intubation or tracheotomy.)** *Annals of Gynaekology and Pediatrics Phil. Vol. 4. p. 235.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

172) **W. F. Whyte. Tracheotomie gegen Intubation. (Tracheotomy or intubation.)** *North American Practitioner. März* 1891.

W. zieht die Tracheotomie vor. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

173) **Pollart. Die Kehlkopfintubation. (Le tubage du larynx.)** *Le Scalpel. No. 1. Juli* 1891.

Auf den Berlo'schen Revueartikel erwidert der Verf., dass man, bevor man das De Profundis über die Tracheotomie anstimme, doch zuerst noch eine

andere Operationsmethode als die der Intubation ausfindig machen müsse. Von der letzteren könnte man vielleicht in kurzer Zeit wiederholen:

„Desinit in piscem mulier formosa superna“. BAYER.

174) **J. A. Anderson. Intubation oder Tracheotomie. (Intubation or tracheotomy.)** *Arch. Pediatrics. Oct.* 1891.

A. giebt der Intubation den Vorzug vor der Tracheotomie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

175) **R. Baracz** (Lemberg). **Tracheocele mediana.** *Gaz. lek. No. 8.* 1891.

Verf. beschreibt einen Fall von Tracheocele mediana bei einem 8jährigen Mädchen, welche Erkrankung durch operatives Vorgehen radical beseitigt wurde. Der Zustand wurde schon im zweiten Lebensmonat bemerkt und zwar war die Geschwulst, welche die Mitte des Halses einnahm, damals etwa Haselnussgross und vergrösserte sich bei Hustenanfällen. Bei der ersten, im Jahre 1890 vorgenommenen Untersuchung fand B. folgenden Zustand: Ueber der Fossa jugularis bemerkte man eine halbkugelige Geschwulst von der Grösse einer wälschen Nuss, welche verschiebbar, scharf begrenzt, schmerzlos, von normaler Haut bedeckt ist und beim Schlingen sich zugleich mit dem Kehlkopfe erhebt. Die Geschwulst zeigt bei der Percussion einen leicht tympanitischen Ton, besonders wenn die Kranke hustet. Die Geschwulst lässt sich zusammendrücken und vermindert sich dann beträchtlich. Stimme rein, im Kehlkopf nichts Abnormes. — B. entschloss sich zur Operation, die in der Narcose ausgeführt wurde. Nach Spaltung der Haut in der Medianlinie und stumpfer Abpräparirung derselben von den Nachbartheilen fand man sie mit der Trachea verwachsen. Bei dem Versuch, die Cyste von der Trachea abzulösen, platzte die Geschwulst und entleerte eine ziemliche Menge von eingedicktem Schleim, welcher mit Luftblasen vermischt war. Die Cyste wurde gespalten und zeigte sich die innere Fläche glatt, während die hintere Wand mit der Trachea verwachsen war. Es entwickelte sich sofort ein leichtes Emphysem in dem umgebenden subcutanen Gewebe und sah man kleine Luftblasen aus einer Fistel der Trachea hervortreten. Die Wände der Cyste wurden mit der Scheere entfernt, der Boden der Wunde mittelst zweier Nähte vereinigt. Heilung per primam mit Bildung einer glatten Narbe. Beim Husten keine Vorwölbung.

Nach Durchsicht der entsprechenden sehr spärlichen Litteratur stellt B. einige Indicationen zur operativen Behandlung der Tracheocele. HERYNG.

176) **E. Revilliod** (Genf). **Luftröhrenpolyp in Folge von Tracheotomie. Zweite Tracheotomie. Heilung. (Polype de la trachée consécutiv à une trachéotomie, deuxième trachéotomie, guérison.)**

2½jähr. Kind. Tracheotomie in jeder Beziehung glatt verlaufen am 28. Nov. 1890. Am 7. Dec. geheilt mit freier Athmung entlassen. Heilung bis Januar 1891. Am 15. Januar zunehmendes Stenosengeräusch ärztlich constatirt. Am 3. Februar zweite Luftröhreneröffnung. Am oberen Ende der frühern Tracheotomie wurde ein langgestielter erbsengrosser Polyp aus sehr gefässreichem Granulationsgewebe bestehend gefunden.

Der Referent hat ähnliches nach Tracheotomie wegen Operation eines Stimmbandkrebses beobachtet. Ein langgestieltes Fibrömchen vom oberen Ende der Trachealnarbe ausgehend, hing in der Röhre. Es konnte ganz leicht von innen entfernt werden. JONQUIÈRE.

177) **Kolisko** (Wien). **Demonstration einiger anatomischer Präparate von Erkrankungen der Bronchien und Bronchialdrüsen.** Demonstrirt in d. G. d. Aerzte in Wien am 17. April 1891. — *Wien. klin. Wochenschr.* 1891. *No. 17.*

Ausführliche Mittheilungen folgen später. CHIARI.

178) **G. W. Webster. Die Galvanokaustik in der Laryngologie; illustrirt an einigen Krankengeschichten. (The galvano-cautery in Laryngology with cases.)** *Journ. Am. med. Assoc. 10. Oct.* 1891.

Nichts Erwähnenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

179) **C. Niel Griffiths** (Cheltenham). **Neuer tragbarer Kehlkopf- und Ohren-Gas-Lampen-Ständer. (New portable laryngoskopic and aural gas lamp stand.)** *Brit. Med. Journ. 10. Oct.* 1891.

Beschreibung einer einfachen Gaslampe, die sich gut für Untersuchungen im Bette eignet. MACKENZIE-JOHNSTON.

f. Schilddrüse.

180) **Saulanié. Neue Thatsachen für die Bestimmung der Function der Schilddrüse. (Nouveaux faits pouvant servir à la détermination du rôle des corps thyroides.)** *Gazette med. de Paris. 30. Mai* 1891.

Verf. stellt die verschiedenen Theorien zusammen, mittelst denen man die Folgeerscheinungen der Totalexstirpation der Schilddrüse zu erklären versucht hat; dieselben lassen sich durchweg auf 3 zurückführen: die Gefässtheorie, die hämatopoetische Theorie und die Secretionstheorie. E. J. MOURE.

181) **Gley. Die Giftigkeit des Urins thyroidectomirter Hunde. (De la toxicité des urines des chiens thyroidectomés.)** *Bulletin méd. 20. Mai* 1891.

Die Giftigkeit des Urins wurde sicher festgestellt; dies Factum ist von Bedeutung, da es, wenn alle Fehlerquellen ausgeschlossen sind, eine feste Basis für die antitoxische Function der Schilddrüse schaffen würde. Mit der Anwesenheit der Galle, die im Urin constatirt wurde, hat die festgestellte Giftigkeit nach Verf.'s Ansicht nichts zu thun. E. J. MOURE.

182) **Lindemann** (Moskau). **Ueber die antitoxische Wirkung der Schilddrüse.** *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 13.* 1891.

L. hat einige Versuche angestellt, um beim Hunde das Verhalten der Schilddrüse zu verschiedenen Giften kennen zu lernen.

Coffein übt eine bedeutend schwächere Wirkung auf das unoperirte Thier aus, wenn es durch die Art. thyreoidea eingeführt wird, als auf ein Thier,

welchem es beim Fehlen der Drüsen durch die Venen eingespritzt wird. Bei einem normalen Thiere, das im Besitze seiner Schilddrüsen ist, ruft Coffein (in den Magen eingeführt) in einer Dosis von 0,075 auf jedes Kilogramm des Gesammtgewichtes blos Erbrechen hervor, während es bei einem operirten Thiere die bekannten Krampfanfälle hervorruft. SEIFERT.

183) **Schenck. Ein Fall von Struma congenita hereditaria.** Heidelberg, C. Winter 1891.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

84) **S. Possa** (Botoschani). **Heilung eines Kropfes durch einen von einer diffusen Schenkelphlegmone ausgehenden metastatischen Abscess. (Guseha vindecata prin abces metastatic consecutiv unui flegmon difus al coapsei.)** *Spitalul.* 1891. *No. 13.*

Ein 30jähriger Kretin mit linksseitigem Kropf wird beim Umwerfen eines Karrens vom Ochsen auf den linken Oberschenkel getreten. worauf zwischen den oberflächlichen Muskeln und der Haut eine starke Bindegewebsentzündung entsteht, weswegen der Mann am 8. April 1890 in's Krankenhaus aufgenommen wird. Der Abscess wird geöffnet und mit Aristol behandelt. Am 13. setzt starkes septisches Fieber mit Durchfall und schmerzhafter Anschwellung des Kropfes ein und am 23. constatirt man Fluctuation im Kropf und Eröffnung einer Geschwulst unter dem Kehlkopf, aus welchen ungefähr 200 g dicken, gebundenen Eiters austreten, worauf der Kropf verschwindet. Das Fieber dauert an und es stellen sich multiple metastatische Abscesse ein. Doch wird der Mann am 2. Juli entlassen. SENTINON.

185) .... **Behandlung des Kropfes. (Traitement du goitre.)** *Pratique méd. 3. Febr.* 1891.

Eine allgemeine Uebersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden, die bei der Bekämpfung des Kropfes in Frage kommen. E. J. MOURE.

186) **S. S. Carter. Behandlung des Kropfes. (Treatment of goitre.)** *Virginia Med. Monthly. October* 1891.

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

187) **A. Esquerdo** (Barcelona). **Entfernung eines einseitigen hypertrophischen Kropfes. (Extirpacion de un bocio hipertrofico unilateral.)** *Revista de med. cir. y farm.* 1891. *September.*

Bei einem 10jährigen Kinde hatte sich auf der rechten Seite des Halses eine stark - orangendicke bewegliche Geschwulst ausgebildet, die den Kopfnicker nach vorn und den Kehlkopf nach links verdrängte und die Fossa jugularis ausfüllte. Mittelst eines 18 cm langen Einschnitts über dem inneren Rande des rechten Kopfnickers und eines dem Schlüsselbein entlang laufenden Querschnitts drang Verf. auf die Geschwulst ein, wobei er zur Blutstillung über 50 Péan'sche Pincetten anlegte und so kaum mehr als 100 g Blut verlor. Innerhalb eines Monats war die Wunde verheilt. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um wuchernde Enchondromknoten handelte. GONGORA.

188) **M. O. Serry. Ein Fall von cystischer Degeneration der Thyreoidea und deren erfolgreiche Exstirpation. (Case of cystic degeneration of the thyroid: successful removal.)** *North Am. Journ. Homoeopathy. Mai* 1891.

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

189) **R. Paltauf** (Wien). **Zur Kenntniss der Schilddrüsentumoren im Innern des Kehlkopfs und der Luftröhre.** *Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XI. 1.* 1891.

Auf der Klinik von Hofrath Albert wurde eine 26jährige Magd wegen hochgradiger Athemnoth tracheotomirt. Nachdem die Theile abgeschwollen waren, konnte man unterhalb des rechten Stimmbandes einen Tumor sehen, der walzenförmig, lebhaft roth erschien. Pat. starb. Bei der Section ergab sich, dass sich auf der rechten Seite unterhalb des Stimmbandes eine bohnengrosse, ziemlich harte Geschwulst befand, die von Schleimhaut überzogen, gelblich durch dieselbe hindurchschimmerte. Die microscopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst aus Schilddrüsengewebe bestand.

Paltauf kommt auf Grund seiner Untersuchungen und kritischen Beleuchtung der wenigen (6) bisher beobachteten ähnlichen Fälle zu dem Schlusse: dass solche Tumoren nicht aus embryonalen Gewebsanlagen hervorgehen, dass sie auch nicht als Nebendrüsen, Glandulae accessoriae zu bezeichnen seien, dass sie entstehen durch ein im extrauterinen Leben aufgetretenes Eindringen des Schilddrüsengewebes zwischen Schild- und Ringknorpel, zwischen Ringknorpel und dem 1. Trachealring, zwischen den obersten Trachealringen durch die Interstitialmembranen der Trachea selbst, von aussen her, gewöhnlich als Theilerscheinung einer Vergrösserung der Schilddrüse überhaupt, in der Form einer parenchymatösen Struma. Bedingung hierfür sei, dass die Schilddrüse am Ringknorpel, an den Interstitialmembranen und den oberen Trachealringen unmittelbar angewachsen ist. SEIFERT.

190) **Friedel Pick** (Prag). **Zur Kenntniss der malignen Tumoren der Schilddrüse, insbesondere des Sarcoma ossificans.** *Prager Zeitschrift für Heilkunde. XIII. Bd.* 1891. *Tafel VII.*

Der Fall bietet Interesse wegen der Art des Tumor's (Spindelzellensarcom), der vom linken Schilddrüsenlappen ausgehend Metastasen im Oberkiefer, den Lungen und der Trachea gemacht hatte, und wegen des Vorkommens von wohl ausgebildetem wahrem Knochen, der aus dem Sarcom selbst hervorgegangen war, wie Uebergangsformen es bewiesen. Diese Knochenbildung fand sich im primären Schilddrüsenknoten und in dem einen Lungenknoten. P. konnte nur in einem alten Trockenpräparate der Prager Sammlung etwas Gleiches mit Wahrscheinlichkeit nachweisen. CHIARI.

191) **F. Caird** (Edinburgh). **Ein Fall von Basedow'scher Krankheit behandelt mittelst der Excision des Kropfs. (Case of exophthalmic goitre treated by excision.)** *Edinburgh Med. Journ. Sept.* 1891.

Der Fall wurde 1 Jahr nach der Operation vorgestellt, die nach der

Kocher'schen Methode und zwar deshalb vorgenommen worden war, weil sich Erscheinungen von Druck auf die Trachea geltend machten. Der Exophthalmus und die Tachycardie waren verschwunden und der Pat. befand sich in bester Gesundheit.

P. M'BRIDE.

192) **J. Tyson. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Med. and Surg. Reporter. 26. Sept.* 1891.

Eine klinische Vorlesung; nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

193) **E. J. Cordell. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Maryland Med. Journ. 10. Octob.* 1891.

Eine klinische Vorlesung; nichts besonders Erwähnenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

194) **M. Buzdygan. Myxoedema.** *Przeglad lekarski. No. 4, 5, 6, 7.* 1891.

Nach einer ausführlichen Besprechung der Geschichte dieser Affection beschreibt V. zwei Fälle von Myxoedem, welche in der Klinik des Prof. Korczynki sehr genau beobachtet worden sind. — Alle wichtigeren Punkte sind berücksichtigt worden, und zwar:

1. In beiden Fällen bestand die characteristische Schwellung des Gesichtes, der Hände und Füsse, der Schleimhaut des Mundes und bedeutende Hypertrophie der Zunge.

2. Während im ersten Falle die Schilddrüse vergrössert und indurirt war, war sie im zweiten Falle vollständig atrophisch.

3. Die Stimmung der Kranken war deprimirt, das Gedächtniss geschwächt.

4. Die Lymphdrüsen waren vergrössert.

5. Die Veränderung der Stimme war bedingt durch Hypertrophie der Larynxmucosa, wodurch auch die Dyspnoe, die manchmal auftritt, erklärt werden kann.

6. In beiden Fällen konnte keine Leucocytose des Blutes nachgewiesen werden.

Sehr wichtig sind die Untersuchungen der Magenfunction bei Myxoedem. In beiden Fällen wurde nachgewiesen, dass, nachdem die Verdauung beendigt, Mucin im Magen auftritt. Im ersten Falle wurde es schon nach $^3/_4$ Stunden gefunden, im zweiten nur in der Nacht In diesem Falle wurde auch Mucin im Harne nachgewiesen. Die Temperatur war gewöhnlich subnormal 36,1 °C. Auch wurde im zweiten Falle Atrophie des Uterus constatirt.

Die Therapie erwies sich als machtlos. HERYNG.

g. Oesophagus.

195) **Axel Häggqvist** (Schweden). **Fall von Fremdkörper im Oesophagus eines Säuglings. (Ett Fall af främmande kropp i matstrupen paa ett dibarn.)** *Eira* 1891. *30. November. p. 727.*

V. entfernte mittels einer gewöhnlichen Nasenpolypenzange ein Stück Eisen-

blech, das spitzwinkelig gebogen war, aus dem obersten Theil des Oesophagus. Die Schenkel des Winkels waren 5 resp. 3 cm lang, die Breite des Eisenblechss 4 mm. Das Kind war 11 Wochen alt, Niemand hat gesehen, wie das Blech in den Mund des Kindes hineingelangt war, aber ein $1^1/_2$ Jahre alter Bruder war in dieser Beziehung verdächtig. Das Unglück war während der Abwesenheit der Eltern geschehen. Die Symptome waren: Unmöglichkeit zu schlucken, mit Blut vermischter Schleim um den Mund und zunehmende bis zur Erstickungsnoth wachsende Respirationsschwierigkeiten. Der Verf. konnte mit seinem Finger eben das obere Ende des Fremdkörpers erreichen. Heilung. SCHMIEGELOW.

196) **H. M. Biggs. Oesophaguscarcinom. (Carcinoma of the oesophagus.)** *Proceedings N. Y. Pathological Soc.* 1890. *P. 78.*

Der Fall hat ein besonderes Interesse durch die Rapidität, mit der die Symptome sich entwickelten. 7 Wochen nur liegen zwischen den ersten Aeusserungen der Krankheit und dem Exitus letalis. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

197) **J. B. Herrick. Krankengeschichten mit Sectionsbericht. — Ein Fall von Oesophaguscarcinom. (Report of cases, with autopsies — carcinoma of the oesophagus.)** *Chicago Med. Record. Juni* 1891.

Der Fall ist hauptsächlich dadurch bemerkenswerth, dass durch die Bettruhe und die gleichzeitig eingeleitete Ernährung per rectum die Symptome eine erhebliche Besserung erfuhren. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

198) **David Newman** (Glasgow). **Krebs des Oesophagus. (Cancer of oesophagus.)** *Glasgow Med. Journ. Decemb.* 1891.

Demonstration des Präparates. P. M'BRIDE.

199) **L. H. Bodman. Oesophaguscarcinom. (Cancer of the oesophagus.)**

200) **S. F. Forbes. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in the oesophagus.)**

201) **M. Stamm. Die Oesophagotomie von einem Landarzte ausgeführt. (Oesophagotomy by a country physician.)** *Toledo Med. and Surg. Reporter. Vol. IV. pp. 87, 163, 549.*

Das Journal ist dem Ref. nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

202) **R. F. Weir. Gastrotomie nach v. Hacker's Methode wegen Oesophaguscarcinom. (Gastrotomy by v. Hacker's method for carcinoma of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Journ. 5. Decemb.* 1891.

Aus der Ueberschrift erhellt die Natur des Falles und seine Behandlung. LEFFERTS.

203) **Strohe. Demonstration eines Präparats von einem Kranken, dem wegen Oesophaguscarcinoms nach Hahn'scher Methode eine Magenfistel angelegt war.** *Berl. klin. Wochenschr.* 1891. *No. 10.*

Von ausschliesslich chirurgischem Interesse. LANDGRAF.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Flatau** (Berlin). **Laryngoskopie und Rhinoskopie mit Einschluss der allgemeinen Diagnostik und Therapie.** Berlin, Otto Enslin. 1890.

In der vorliegenden kleinen Schrift sucht Fl. vornehmlich die Bedürfnisse des Praktikers zu berücksichtigen, er beschränkt sich in Folge dessen in der Besprechung der instrumentellen Hilfsmittel und des therapeutischen Armamentariums auf das Einfachste und wirklich Nothwendige. Das Schriftchen enthält 8 Kapitel, deren Inhalt umfasst: Allgemeine Bemerkungen, äussere Untersuchung der Nase und des Kehlkopfes, Armamentarium und Vorübungen für die innere Untersuchung, die vordere Rhinoscopie, die hintere Rhinoscopie und die taktile Untersuchung des Nasenrachenraums, die Laryngoscopie, die Tracheoscopie und die taktile Untersuchung des Kehlkopfes, Desinfection des Armamentariums, Therapie. Dieses letzte Capitel umfasst Massage, Electrisation, medikamentöse Localbehandlung, chirurgische Behandlungsmethoden, galvanokaustische und electrolytische Therapie.

Im zweiten Capitel bemerkt der Verf. mit vollem Recht, dass Uebungen am Phantom nicht unterlassen werden sollten. Auch in Bezug auf die Bemerkungen über Cocain kann man den Verf. beistimmen, wenn er sagt, dass man nicht öfter als nothwendig cocainisiren und vor Allem dem Patienten das Mittel nicht in die Hand geben solle.

Die Therapie ist kurz gefasst, enthält aber das Nothwendigste, nur wünschte ich, dass von der Empfehlung der Haarpinsel ganz abgesehen würde. Die wenigen Abbildungen sind nicht schön ausgeführt, ich würde dem Verf. empfehlen, die ganze Tafel wegzulassen und einige gute Holzschnitte (Instrumente und Kehlkopfbilder) in den Text aufzunehmen. **Seifert.**

b) **Stöhr** (Zürich). **Die Entwickelung des adenoiden Zellgewebes, der Zungenbälge und der Mandeln des Menschen.** Zürich bei C. Meyer. 1891.

Die erste Anlage der Zungenbälge des Menschen erfolgt im 8. Fötalmonat, und zwar in der Weise, dass in der Umgebung von Schleimdrüsenausführungsgängen aus den Venen der Tunica propria Leucocyten auswandern, welche zwischen die feinen Bündel des ursprünglichen fibrillären Bindegewebes eindringen und dieses zu reticulärem Bindegewebe umgestalten. Die aus den Blutgefässen stammenden Leucocyten und das reticuläre Bindegewebe bilden zusammen das adenoide Gewebe, dessen weiteres Wachsthum durch fortgesetzte Auswanderung von Leucocyten und durch mitotische Theilung dieser letztern bedingt wird. Diese zweifache Vermehrung führt zu solcher fortgesetzten Umwandlung benachbarter Regionen bis die definitive Grösse des Zungenbalges erreicht ist. Wann dies geschehen ist, wann die Ausbildung der Secundärknötchen (Follikel) beginnt, wird bei der Beschreibung der Entwicklung dieser letzteren in den Tonsillen angegeben werden.

Was Verf. an seinem „nicht genügenden“ Material von Zungenbälgen beobachtet hat geht dahin, dass sogar bei einem fünfjährigen Kinde in den meisten Zungenbälgen noch keine Secundärknötchen zu entdecken waren. Dass auch an den ausgewachsenen Zungenbälgen die Vermehrung der Leucocyten nicht sistirt, geht daraus hervor, dass auch dann noch Mitosen gefunden werden; aber auch der Austritt aus den Blutgefässen nimmt seinen Fortgang. Verf. schliesst letzteres aus der Thatsache, dass man oft Lymphgefässe mit Leucocyten strotzend gefüllt findet. Letztere sind bei ihrem Austritt aus den Blutgefässen zum Theil in die perivasculären Lymphgefässe gelangt und werden von diesen abgeführt. Der fortwährenden Leucocytenproduction wird das Gleichgewicht gehalten einmal durch die eben erwähnte Abfuhr und ferner durch die Wanderung der Leucocyten durch das Epithel hindurch in die Mundhöhle, welcher Process schon im 8. Monat beginnt und später stärker wird.

„Die menschliche Tonsille entsteht aus einer zwischen dem zweiten und dritten Schlundbogen gelegenen Vertiefung, die mit einer Fortsetzung der Mundschleimhaut ausgekleidet ist. Die Schleimhaut besteht aus geschichtetem Pflasterepithel und jungem Bindegewebe, welches keine freien Leucocyten enthält. Die verästelten Hohlräume der Mandeln bilden sich dadurch, dass vom Epithel zuerst hohle, später solide Sprossen in die Tiefe der Schleimhaut hineinwachsen. Die Bildung dieser Sprossen dauert die ganze Embryonalzeit hindurch und reicht noch in die ersten Lebensjahre hinein. Allmälig werden die Sprossen hohl und zwar in der Weise, dass die am blinden Ende der Sprossen befindlichen axialen Epithelzellen verhornen und ausgestossen werden“.

In die bindegewebige Schleimhaut wandern wahrscheinlich im dritten Fötalmonat Leucocyten aus den Blutgefässen und wandeln das junge fibrilläre Bindegewebe in adenoide Substanz um. Bis um die Zeit der Geburt erscheint dieses Gewebe noch im Zustande der diffusen Infiltration; durch immer weitern Zuwachs aus den Blutgefässen, sowie durch Theilung der ausgetretenen Leucocyten vermehrt sich deren Masse. Dabei wird die Infiltration von ungleichmässigen dichtern unregelmässig geformten Anhäufungen wechseln mit lichtern, weniger eng zusammengedrängten Ansammlungen von Leucocyten. So ist es beim Neugeborenen. Erst später, im Verlauf des ersten Lebensjahres kommt es in dichten Anhäufungen zu Sonderungen wahrer Secundärknötchen (Follikel) mit Keimcentren.“

Die interessante Monographie schliesst mit einer lesenswerthen mikroanatomischen Controverse gegen einen französischen Anatomen Ketterer, der über den nämlichen Gegenstand schrieb. Auf einer gefärbten Tafel sind Schnitte der besprochenen Gewebsbildungen in vergrössertem Maassstab deutlich veranschaulicht.

Jonquière.

---

c) Carl Sahner. Die Heilerfolge der inneren Schleimhaut-Massage bei den chronischen Erkrankungen der Nase, des Magens, des Ohres und des Kehlkopfs. Graz 1891. 2. unveränderte Auflage.

Die ausserordentlich fleissige Arbeit ist wie viele andere Arbeiten, die mit bisherigen Grundsätzen in irgend etwas brechen wollen, mit grosser Begeisterung

für das Neuere geschrieben. Dass die Unzulänglichkeit der älteren und jüngeren Heilmittel gegen gewisse chronische Formen der Hals- und besonders der Rachenkrankheiten wieder einmal betont wird, erscheint Jedem verständlich, der sich mit unserm Specialfache beschäftigt. Desto greller hebt sich die Begeisterung für die „innere Schleimhaut-Massage“ ab.

Die Analyse der Vibration und die Beschreibung der Technik ist eine ganz ausgezeichnete, viel exacter, als es Michele Braun in Triest gelehrt hat; besonders ist die Betonung der tetanusartigen Contraction der Ober- und Unterarmmusculatur beim Vibriren eine sehr richtige und die Erlernung der Technik erleichternde Bemerkung.

Die subjectiven und objectiven Ergebnisse, wie unangenehme Sensationen, Röthung, Blutungen u. s. w. scheinen mir, soweit sie als üble Folgen unbeabsichtigt sind, zu gering angeschlagen: wir haben sehr häufig, besonders bei nicht allzu geschickter Ausführung der Massage, Blutungen, oft recht erhebliche, gesehen, häufig Angina lacunaris, die ich aus dem mechanischen Reiz folgere, Beläge fibrinöser Art auf den Muscheln, sogar Fracturen der Muscheln, auch submucöse Blutungen.

Was den therapeutischen Erfolg anbetrifft, so stehe ich mit dem Autor vollkommen auf einem Standpunkt. dass hoffentlich die so oft missbrauchte Indicationslehre der Galvanocaustik in ruhigere Bahnen gelenkt wird: der Vibrationsmethode aber eine geradezu „zauberische Wirkung“ zuzuschreiben, müsste wohl der Begeisterung des Neuen zu Gute gehalten werden. Jedenfalls leistet diese Methode, wie auch ich schon früher betont habe, mehr als alle anderen Heilmethoden, wenigstens was die trocknen Formen der chronischen Catarrhe, auch die Ozaena, anbetrifft. Dass sie uns im Stiche lassen kann und oft im Stich lässt, betont der Verf. zu wenig; wir haben das genugsam erfahren*). Auch über die Dauer solcher Heilungen spricht sich Verf. sehr vorsichtig aus. Ein Anhang zahlreicher Krankengeschichten illustrirt die theoretischen Betrachtungen.

Jedenfalls giebt der Verf. mit seinem Werkchen einen recht vollständigen Beitrag zu den Heilversuchen unserer Specialität.

Curt Demme (Berlin).

---

d) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. December 1891.

Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.): Ueber das Ansaugen der Nasenflügel.

Das Ansaugen der Nasenflügel hat seine Ursache in Erschlaffung der Nasenwände und einer Schwäche der Mm. dilatatores und levatore alae nasi. Es findet

*) Wir haben Herrn Dr. Demme speciell ersucht, vorliegendes Werk zu besprechen, da er sich, wie wir wussten, mit der Vibrationsmassage der Schleimhäute der Luftwege seit längerer Zeit ausgiebig in der Berliner Kgl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten beschäftigt hat. Red

sich bei den verschiedensten Nasenstenosen, so sieht man manchmal bei Verbiegungen, besonders im vorderen Theil des Septum, den Nasenflügel wie ein (im ungünstigen Sinne wirkendes) Ventil sich bewegen, weil hinter der Stenose bei der Inspiration eine starke Luftverdünnung eintritt, die gleichzeitig wegen mangelhafter Absaugung des Blutes Hyperämie und Secretionszunahme setzt. Es treten dabei besonders Nachts asthmatoide Zustände ein, ebenso nicht selten beim Bergsteigen. Sofortige Besserung erfolgt, wenn die Nasenlöcher offen gehalten werden, was dauernd oder vorübergehend in der That höchst zweckmässig durch das von S. demonstrirte Instrument geschieht. Dasselbe besteht aus zwei halbkreisförmig gebogenen, vorn knöpfchenförmig verdickten Metallfäden, die mittelst eines hufeisenförmigen Verbindungsstückes ein Ganzes bilden; die erstgenannten Theile liegen an der inneren Wand der Nasenflügel, die sich nach aussen drängen — die Knöpfchen liegen dabei ganz vorn in dem Winkel zwischen Septum und Nasenflügel — und das Verbindungsstück liegt aussen dem häutigen Septum an.

Man könnte es ausser bei chronischen Stenosen, auch in acuten Fällen, z. B. bei Typhuskranken, anwenden, wenn die Nasenflügel angesogen werden.

M. Schmidt demonstrirt sodann eine ganz dünne Röhrenzange, deren vorderes aus einer feinen Spiralfeder gebildetes Ende dieselbe vollkommen biegsam macht; sie empfiehlt sich bei kleinen Polypen, z. B. Sängerknötchen.

Treitel zeigt den Zungengrund eines an Gicht gestorbenen 68jährigen Pat., man sieht an jenem einige kleine Hohlräume, die, wie P. Heymann richtig bemerkte, nichts als verkäste Follikel sind.

E. Meyer: Mittheilung über die Jodbehandlung der Strumen.

M. berichtet über seine zum Zweck der Aufklärung der bei Jodbehandlung der Strumen beobachteten Todesfälle an Kaninchen und Hunden angestellten Experimente.

Dosen zu 0,5 Lugol'scher Lösung subcutan oder in die Bauchhöhle injicirt, werden ohne Schaden vertragen; grössere bis zu 4,0 verursachen nichts als vorübergehende Nierenreizung. Selbst in eine Vene injicirt wird die Lösung in kleiner Dosis gut vertragen.

Bei Anwendung von Jodtinctur wurde das Versuchskaninchen bei 0,4 krank; bei 1,5 subcutan innerhalb 24 Stunden Exitus; bei grösseren Thieren erst bei 2—3 g.

Injection von Jodtinctur in eine Vene ätzte die Gefässwand an, ohne ausgedehnte Thrombose zu machen.

Er empfiehlt daher statt der Jodtinctur Lugol'sche Lösung zu injiciren, zumal die in der königlichen Universitätsklinik für Hals- und Nasenkranke damit gemachten Erfahrungen günstige sind.

Contraindicirt sind die Injectionen bei Strumen, welche Trachealcompression machen.

A. Rosenberg berichtet über 30 Fälle von Struma aus der früheren B. Fränkel'schen Privatpoliklinik, die z. Th. mit Injectionen von Lugol'scher

Lösung behandelt worden sind und mehr oder minder guten Erfolg hatten. Nachtheile wurden nie beobachtet.

Heymann sah in 2 Fällen von Struma nach einer einzelnen Jodinjection den Exitus eintreten, obwohl die vorangegangenen 25 resp. 10 Einspritzungen gut vertragen wurden; im ersten Falle war eine Sinusthrombose die Ursache des Todes, im zweiten war durch die Injection die Gefässscheide der Carotis und der N. vagus verletzt.

M. Schmidt sah in einem Falle in Folge bedeutender Zunahme der Struma nach der Injection starke Cyanose eintreten; Tracheotomie, Pat. erholte sich. Nach 3 Tagen plötzlicher Exitus, nachdem Pat. sich die Canüle herausgerissen. Bei der Section zeigte sich die Schilddrüse bis auf die Norm zurückgegangen; sie umgriff Trachea und Oesophagus; Herzverfettung. Diese trug wohl die Schuld an dem Tode.

Jodkali und Kältebehandlung empfehlen sich, wenn letztere auch manchmal im Stich lässt; ersteres hilft gewöhnlich.

B. Fränkel sah einmal nach Injectionen rasche Resorption und deswegen Cachexia strumipriva eintreten. Todesfälle können eintreten 1) durch Trachealcompression, die durch die Injection zunehmen kann — daher sind solche bei Säbelscheidentrachea zu vermeiden; bei grossen Strumen — chirurgische Operation, 2) durch Traumen, unter denen der Vagus und Sympathicus leidet.

Spandow empfiehlt die electrolytische Methode.

Flatau erinnert an seine vor 9 Jahren mit Grunmach gemeinsam beobachteten Resultate nach Anwendung der Sol. Fowleri; bei im Ganzen 1000 Injectionen wurden keinerlei Nebenwirkungen gesehen; die Abnahme betrug bis zu 7 cm, die geringste 1 cm, meist 2—4 cm; Durchschnittszahl der Injectionen 10—12, die grösste 40, die kleinste 3. Die besten Resultate geben frischere folliculäre Kröpfe.

Sitzung vom 29. Januar 1892.

A. Rosenberg demonstrirt einen Pat. mit einer grossen Perforation des Velum, die das Spiel der hinteren und seitlichen Pharynxmuskeln beim Phoniren und Schlucken gut beobachten lässt. Er glaubt, dass der M. stylopharyngeus beim Sprechen eine wichtige Rolle spielt und bestätigt im Uebrigen die Passavant'schen Befunde.

Flatau hat bei Gaumenspalten die compensatorische Function des Passavant'schen Wulstes beobachtet.

P. Fraenkel glaubt ebenfalls, dass der M. stylopharyng. für die Sprache functionell weit wichtiger ist, als man allgemein annimmt; er hat seine Beobachtungen bei atrophirender Rhinitis und bei seitlichen Defecten des Velum gemacht.

Scheier: Schussverletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

In dem ersten von drei beobachteten Fällen ging die Kugel beim Entladen einer Pтrone durch die Oberlippe in das linke Antrum maxillare; sie wurde nicht gefunden. Heilung. Die auf Scheinmanns Wunsch vorgenommene Durchleuchtung zeigte die linke Seite dunkler; Scheier führt das auf die im Antrum vorhandenen Granulationen zurück.

Im zweiten Falle gelangt die Kugel in die rechte Orbita, verletzt den N. opticus, olfactorius und trigeminus und zersplittert die Lamina papyracea des Siebbeins. Sch. vermuthet die Kugel in der Stirn- oder Siebbeinhöhle. P. bleibt amaurotisch, hat in den vorderen $^2/_3$ der rechten Zungenhälfte keinen Geschmack, rechts keinen Geruch; Gesicht, Nasen- und Mundschleimhaut ist anästhetisch. Trophische Störungen; Ausfall eines Zahns, Ulcus am Septum narium.

Lublinski fragt, warum nicht die Stirnbeinhöhle aufgemeisselt worden ist.

Peltesohn bemängelt die Anschauung des Vortragenden über die Art der Verletzung und glaubt, dass bei einer Fractur in der Gegend des Chiasma nn. optic. auch das andre notorisch gesund gebliebene Auge hätte erkranken müssen.

Im dritten Falle schiesst ein Selbstmörder sich in den Mund, verletzt den harten Gaumen, das Septum narium, und die untere Muschel. Verlauf ist günstig.

Holz theilt den Kehlkopfbefund in zwei Fällen von traumatischer Neurose mit. Im ersten tritt bei einem 25jähr. Manne nach einem Eisenbahnunfall (Quetschung der Brust) Aphonie ein. Die laryngoskopische Untersuchung zeigt schmierig-roth verfärbte Stimmbänder, der freie Rand ist excavirt, am rechten Proc. vocal. eine pachydermische Verdickung. Ausserdem bestehen: Gesichtsfeldeinschränkung, motorische Schwäche in den Extremitäten, verstärkte Patellarreflexe etc.

Im zweiten, der Gesellschaft vorgestellten Falle handelt es sich um einen 47jähr. Mann, der vor 7 Jahren einen Eisenbahnunfall erlitten hat und seitdem die typischen Symptome der traumatischen Neurose zeigt. Der Kehlkopfbefund ist folgender: Verringerte Abduction der Stimmbänder, unregelmässige Gestaltung der Glottis bei der Phonation. H. nimmt Parese der Postici und der Adductoren an und führt die Störung auf centrale Veränderungen zurück.

O. Heymann hat bei einer Lehrerin nach einem Eisenbahnunfall einen ähnlichen Befund erhalten.

Grabower und Scheinmann geben die verringerte Excursion der Stimmbänder nach aussen nur bedingt zu.

Die weitere Discussion wird vertagt.

Sitzung vom 19. Februar 1892.

Scheinmann: Ueber Eversion des Ventrikels.

Sch. citirt 3 Fälle aus der Literatur und berichtet über 2 neue, die er der Gesellschaft vorstellt.

Bei dem ersten besteht seit 7 Jahren Heiserkeit. Ausser einer leichten Verdickung der hinteren Larynxwand sieht man von der unteren Fläche des linken Taschenbandes eine glatte grauröthliche Geschwulst hervorragen, die vorne die Stimmbänder bedeckt. Zwischen Wulst und Taschenband eine Furche. Rechts derselbe Befund nur andeutungsweise; die Geschwulst ist reponirbar.

Im zweiten Falle war der Pat. vor längerer Zeit wegen einer Pachydermie der hinteren Wand und an den Proc. vocal. operirt worden. Jetzt sind die vorderen zwei Drittel des linken Stimmbandes durch eine weiche, schlaffe, aus dem Ventrikel kommende, reponirbare Schleimhautfalte bedeckt.

Bei beiden Pat. Missbrauch der Stimme, der auf Grund des chronischen Catarrhs Ventrikeleversion gemacht hat.

Sch. geht dann auf die differentiell-diagnostisch wichtigen Momente ein.

A. Rosenberg erwähnt einige zwanzig Fälle von Eversion des Ventrikels aus der Literatur. Den einen Scheinmann'sche Fall, den er gesehen, will er nicht als solchen gelten lassen, umsomehr als die Beschreibung der vorgenommenen Reposition ihm den Eindruck machte, als ob es sich nicht um solche handle. Vielmehr nimmt er eine Verdickung des Taschenbandes an. Ebenso

Lublinski, der einen Fall aus seiner Praxis erwähnt; in diesem trat Heilung nach der galvanokaustischen Zerstörung des Wulstes ein.

B. Fraenkel glaubt ebenfalls nicht in diesen Fällen an Eversion, findet vielmehr eine Uebereinstimmung mit einigen Präparaten, die er demonstrirt und die eine Verdickung an der unteren Fläche des Taschenbandes zeigen. Er begründet seine Zweifel in längerer Auseinandersetzung.

Scheinmann besteht auf seiner Diagnose. A. Rosenberg.

IV. Briefkasten.

Eine Reclamation.

Frankfurt a. M., den 6. Mai 1892.

An
den Herausgeber des internationalen Centralblattes für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften
zu London.

Sehr geehrter Herr College!

In No. 11 Ihres von mir sehr geschätzten Centralblattes (VIII. 1891/92. No. 11. S. 546 ff.) finde ich eine sehr dankenswerthe Besprechung meines Lehrbuches 2. Auflage. Leider ist Herrn F. de Havilland Hall ein schweres, mich sehr belastendes Missverständniss untergelaufen. Ich bitte Sie desshalb, mein heutiges Schreiben im Centralblatte gütigst zum Abdrucke gelangen zu lassen.

Herr F. de Havilland Hall glaubt in meinem Buche „chauvinistischem Geiste“ zu begegnen und weist dieserhalb besonders auf meine Worte hin, „dass wir

auch als Aerzte bemüht sein sollten, nur deutsch zu reden und zu schreiben". Ich muss es sehr bedauern, wenn man in meinen Worten etwas findet, was in denselben gar nicht liegen kann. Als Deutscher bin ich stolz auf meine Muttersprache und suche sie allüberall zu pflegen. Dazu habe ich nicht nur ein Recht, sondern auch eine Pflicht. Mein Buch ist auch zunächst nur für Deutsche geschrieben, wie ja das bei jedem deutsch geschriebenen Buche selbstverständlich ist. Oder möchte wohl Jemand behaupten, Engländer, Franzosen, Italiener u. A. dächten bei Abfassung ihrer Bücher nicht in erster Linie an ihre Landesgenossen?

Der von Herrn F. de Havilland Hall angezogene Satz Horsley's, dass die medicinischen Ausdrücke fast überall die gleichen seien, beruht auf ganz irrigen Voraussetzungen. Das gilt in erster Linie gerade vom Englischen, in welchem sehr viele ganz selbstständige Ausdrücke vorkommen. Davon kann man sich jeder Zeit in englischen Zeitschriften überzeugen; überdies brauche ich nur auf das Mackenzie-sche Lehrbuch zu verweisen.

Die Einwendungen, welche meinen Bestrebungen, deutscher Ausdrücke mich zu bedienen, entgegengesetzt werden, beruhen lediglich darauf, dass man an die alten Ausdrücke noch gewöhnt ist und die neuen noch nicht in Fleisch und Blut übergegangen sind. Wenn wir Deutsche erst allesammt ein gutes Deutsch schreiben, so wird es jedem Ausländer viel leichter werden, als jetzt, die „schwere" deutsche Sprache zu erlernen. Denn man wird es dann anstatt verkehrt gebrauchter und schlecht gebildeter Fremdausdrücke nur mit leicht verständlichen und eindeutigen deutschen Ausdrücken zu thun haben.

Den Vorwurf des „Chauvinismus" habe ich in keiner Weise verdient, wie ja auch Jeder, der mich näher kennt, weiss, dass auch nicht ein Schatten eines solchen mir anklebt.

Bezüglich der Wahl der von mir gebrauchten deutschen Ausdrücke kann ich nur darauf hinweisen, dass dieselben zum grossen Theile bereits in älteren deutschen Büchern ständig vorkommen. Dass manche der Verbesserung bedürfen, habe ich selbst ja nicht abgelehnt. Ich habe mein Vorgehen ja ausdrücklich als einen Versuch bezeichnet.

Schliesslich mag es mir noch gestattet sein, darauf hinzuweisen, was ich in der Vorrede zu meinem Buche bezüglich der von mir gegebenen Schriften-Nachweise gesagt habe. Es musste mir im Hinblick auf den Raum versagt bleiben, die angegebenen zahlreichen Quellen auch im Texte eingehender zu benutzen. Insbesondere war es gerade meine Absicht, in meinem Buche bei der Erörterung der einzelnen Krankheiten wesentlich das zu bringen, was sich mir im Laufe von fünfzehn Jahren als vortrefflich bewährt hat. Niemand, der sich heute mit unserer Wissenschaft befasst, wird nur ein Buch darüber in seinen Besitz bringen. Er wird vielmehr stets Gelegenheit suchen, die Erfahrungen verschiedener Aerzte mit einander zu vergleichen, indem er auch andere Bücher durchliest. Die Farblosigkeit liebe ich auf keinem Gebiet, ohne desshalb die Gerechtigkeit gegen die Ansichten und Erfahrungen Anderer aus dem Auge zu lassen.

Herrn F. de Havilland Hall danke ich verbindlichst für seine Hinweise auf der Verbesserung bedürftige Stellen Sie werden mir bei der nächsten Auflage nicht entgehen. Dass dieses Mal Manches unvollkommener blieb, als mir selbst lieb war, hat seinen Grund lediglich in dem Umstande, dass die von mir freiwillig übernommene Umarbeitung meines Buches eine solche Ausdehnung annahm, wie ich es von vorneherein selbst nicht abgeschätzt hatte. Was dieses Mal aus beschränkter Zeit mangelhaft bleiben musste, werde ich in Zukunft möglichst zu verbessern bestrebt sein.

Da ich einen grossen Werth darauf legen muss, dass meine obigen grundsätzlichen Erörterungen möglichst auch allen ausserdeutschen Berufsgenossen zur Kenntniss gelangen, so bitte ich nochmals um unverkürzten Abdruck dieses Schreibens in Ihrem Centralblatte.

Mit collegialer Begrüssung Dr. Maximilian Bresgen.

[Zu dem vorstehenden Schreiben, dem wir selbstverständlich gern die Spalten des Centralblatts öffnen, ist zunächst zu bemerken, dass sein Abdruck nur deshalb so

spät erfolgt, weil die Juninummer alljährlich der Herstellung des Namen- und Sachregisters wegen sehr frühzeitig gedruckt werden muss und weil die diesjährige Juninummer bereits fertig gedruckt vorlag, als obiges Schreiben einlief. So musste der Abdruck desselben auf die Julinummer verschoben werden.

Was die Principienfrage betrifft, welcher der grösste Theil von Herrn Collegen Bresgen's Erwiderung gewidmet ist, so bedauern wir, uns auch nach seinen obigen Erörterungen ganz und gar nicht seinen Ansichten anschliessen zu können. Wir glauben nicht, dass viele ärztliche Autoren bei der Abfassung ihrer Schriften in erster Linie an ihre Landesgenossen denken, wie dies Herr Dr. Bresgen meint. Die ärztliche Wissenschaft kennt keine Landesgrenzen, und ihre Errungenschaften sollen den Aerzten aller Länder gleichmässig zu Gute kommen. Da ist es denn eine völlig unnütze Erschwerung für Ausländer, wenn an Stelle allgemein verständlicher und in allen Sprachen ähnlicher Ausdrücke neu erfundene, künstlich zusammengesetzte und häufig nichts weniger als genaue Bezeichnungen gebraucht werden, und wir möchten auch stark bezweifeln, dass selbst die engeren Landesgenossen eines ärztlichen Schriftstellers demselben für solche Neuerungen Dank wissen werden. Es ist ein Anderes, seinen Stil von unnützen Fremdwörtern rein zu halten und ein Anderes, internationale termini technici aus seinen Schriften zu verbannen, und wir stimmen mit jedem Worte überein, welches Dr. de Havilland Hall über letztgenannten Punkt gesagt hat. — Was Herr College Bresgen damit meint, wenn er sagt, dass der von Hall angezogene Satz Horsley's auf ganz irrigen Voraussetzungen beruhe, ist uns ebensowenig verständlich wie sein Verweis auf das Mackenzie'sche Lehrbuch Es gilt in England natürlich ebenso sehr für ein Kennzeichen guten Stils, wenn ein Schriftsteller sich befleissigt, sächsisches Englisch zu schreiben und normännisch-französische Ausdrücke, die erst später und gewaltsam in die englische Sprache hineingetragen sind, möglichst zu vermeiden, als es für einen deutschen Schriftsteller wünschenswerth ist, rein deutschen Ausdrücken den Vorzug vor gleichbedeutenden Fremdwörtern zu geben; wir würden es aber für ebenso bedauerlich halten, wenn die Engländer plötzlich von „carnosity", oder die Franzosen von „gonflement charnu", statt „Sarcom" zu sprechen anfangen würden, als wenn in Deutschland der Ausdruck „Fleischgeschwulst" nach Herrn Bresgen's Vorschlag an Stelle der genannten allgemeinverständlichen Bezeichnung treten sollte! — Hiermit muss die Discussion über diese Principienfrage, soweit das Centralblatt betroffen ist, schliessen, und wir können nur dem Wunsche Ausdruck verleihen, dass wir in der nächsten Auflage des Bresgen'schen Werkes einer mehr internationalen Auffassung der Aufgabe eines medicinischen Schriftstellers begegnen mögen. — Red.]

Personalia.

Dr. George Johnson, einer der Pioniere der Laryngologie in Grossbritannien und Verfasser der allgemein bekannten geistvollen Arbeit über doppelseitige Stimmbandlähmungen bei einseitiger Vagusläsion, ist in den englischen persönlichen Adelstand erhoben worden.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. Berlin, August. 1892. No. 2.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **Felsenthal** (Berlin). **I. Bericht über die Thätigkeit der medicinischen Poliklinik des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich Kinderkrankenhauses im Laufe des Betriebsjahres 1890—1891.** *Arch. f. Kinderheilk. XIV. 1. 2. 1891.*

Aus diesem Bericht sind für uns von Interesse:

1. Ein Fall von congenitaler Makroglossie, betreffend ein Kind im Alter von $1^3/_4$ Jahren, dessen Körpergrösse und geistige Entwicklung durchaus nicht dem Alter des Kindes entsprach. Zunge dick, sehr breit, überragt den Kiefer und wird nach Angabe der Mutter stets hervorgestreckt. Ausser der Makroglossie war noch besonders bemerkenswerth eine allgemeine Muskelhypertrophie.

2. Ein Fall von Struma congenita. 25 Tage altes Kind, gut entwickelt, Stimme heiser, Inspiration langgedehnt, die Seitenlappen der Schilddrüse wallnussgross.

3. Ein Fall von Erkrankung der Glandula submaxillaris durch den Infectionsstoff der infectiösen Parotitis. Bei einem 9jährigen Knaben war die Parotis verschont geblieben, an ihrer Stelle war die Submaxillardrüse befallen.

SEIFERT.

2) **F. Massei** (Neapel). **Statistischer Bericht der laryngologischen Klinik der Universität Neapel aus dem Schuljahr 1890—91. (Rendiconto dell' anno scolastico 1890—91 del Dispensario di Laringoiatria della Universita di Napoli.)** Neapel. Typ. de l'Union. 1891.

Alle Mitglieder der Klinik wirken zur Aufstellung des Berichtes zusammen.

Der Director der Klinik, Prof. Massei, eröffnet den Bericht mit „Betrachtungen über die ökonomischen Verhältnisse der Klinik und die im Verlauf des Jahres geleistete Arbeit".

Trifiletti, der Primär-Arzt, stellt die eigentliche Statistik auf:
Gesammtzahl der beobachteten und behandelten Fälle in 4 Monaten **616**.
Sie theilen sich in

Affectionen der Nasen- und Nasenrachenraumhöhle . . .	175
„ des Pharynx und der Mundhöhle	235
„ des Larynx und der Trachea	190
Verschiedene Affectionen (der Schilddrüse, Speiseröhre etc.)	16

Im einzelnen:

Catarrhalische Rhinitis und andere Nasenentzündungen . .	84
Nasenrachenraumcatarrhe und -Entzündungen	48
Ozaena	14
Nasensyphilis	5
Tumoren der Nasenhöhle	12
Verschiedene Affectionen der Nase	12
Summa	**175**
Catarrhalische etc. Pharyngitis	144
Acute etc. Amygdalitis	6
Chronische Mandelentzündung	41
Stomatitis (catarrhalische, ulceröse etc.)	6
Syphilis des Rachens und Mundes	27
Tumoren des Pharynx	4
Verschiedene Affectionen des Pharynx	7
Summa	**235**
Laryngitis und Pharyngo-Laryngitis catarrh.	117
Kehlkopftuberculose	38
Kehlkopfsyphilis	18
Nervöse Affectionen	11
Endolaryngeale Neubildungen	6
Summa	**190**
Affectionen der Trachea	2
„ „ Schilddrüse etc.	6
„ „ Speiseröhre	8
Summa	**16**
Summa Summarum	**616**

An Operationen wurden ausgeführt:

Application der kalten Schlinge in 6 Fällen von Myxom der Nase.

Auskratzung nach Volkmann in 1 Fall von papillomatösen Vegetationen der Nasenscheidewand.

Cauterisation mit dem elektrischen Brenner oder mit Chromsäure in Fällen von Resten von Myxomen oder Hypertrophie der Muscheln.

Abtragung hypertrophischer Mandeln in toto durch die Tonsillotomie 12 Mal beiderseitig, 4 Mal auf einer Seite.

Zerstörung der hypertrophischen Mandeln in loco durch Ignipunctur in 5 Fällen.
Uvulotomie in 4 Fällen.
Exstirpation adenoider Vegetationen des Nasenrachenraums in 1 Fall.
Exstirpation einer papillären Excrescenz einer Mandel in 1 Fall.
Extraction eines Fremdkörpers (Knochenstück) aus der Mandel mit der Pincette.
Eröffnung eines Retropharyngealabscesses in 2 Fällen.
Intubation in 4 Fällen: 2 wegen syphilitischer Kehlkopfstenose, 1 Mal wegen Papillome im Larynx, 1 Mal wegen Pharynx- und Larynxstenose.
Application der Mackenzie'schen Zange und Auskratzung nach Heryng in 2 Fällen von Kehlkopfpapillom.
Dilatation von Oesophagusstenosen in 3 Fällen.

Garzia, 1. Assistent, stellt die Fälle von Kehlkopfsyphilis und Kehlkopftuberculose besonders zusammen. Er bespricht die angewandten Mittel: Intubation wegen Larynxstenose mit gutem Resultat, Koch'sche Lymphe, Menthol, Methylviolett, Milchsäure etc. etc. Ferner berichtet er über den klinischen Verlauf eines Falles von wahrscheinlich primärer Kehlkopftuberculose.

Damieno, 2. Assistent, beschäftigt sich mit den Fällen von Neurosen des Kehlkopfes und den Larynxtumoren. Er berichtet über ein paar Fälle von vollständiger Lähmung der Stimmbänder in Folge von Druck durch Aneurysma oder Kropf oder in Folge von primärer Neuritis des Recurrens; ferner Fälle von hysterischer Aphonie, Eunuchenstimme u. s. f. Gelegentlich der Stimmbandlähmungen giebt D. eine kurze Classification besonders nach Ursprung und Sitz, die indess wenig die Eigenthümlichkeiten der Fälle trifft. — Danach bespricht D. noch die wichtigeren Fälle von Papillom und Epitheliom des Kehlkopfes.

Zannelli, Volontärarzt der Klinik, behandelt an der Hand von 2 Fällen von Diphtherie den ganzen therapeutischen Apparat, der bei dieser Krankheit in Frage kommt.

Schliesslich stellt Borgoni, ein weiterer Volontärassisstent, alle Recepte der auf der laryngologischen Klinik von Prof. Massei zur Anwendung kommenden Mittel zusammen.

CARDONE.

3) **P. Masucci (Neapel). Schlussvorlesung eines Cursus der Rhino-Laryngologie. (Lezione di chiusura del corso d'insegnamento rino-laringoiatrico.)** *Rassegna critica internaz. etc. December 1891.*

M. giebt die Krankengeschichten von 4 Fällen, die auf der Klinik beobachtet wurden, und knüpft daran verschiedene Betrachtungen: es sind 1 Fall von Chorditis vocal. inferior hypertrophica, 1 Fall von Glottiskrampf, 1 Fall von Moeller'scher Glossitis superficialis und 1 Fall von Lupus der Zunge.

CARDONE.

4) **Consiglio. Die Hemmungsfasern für die Athmung im Vagusstamm. (Sulle fibre d'arresto del respiro nel tronco del vago.)** La Sicilia Medica. — *Riforma Medica. 7. Dec. 1891.*

Nach seinen Experimenten an Hunden und Katzen kommt C. zu folgenden Schlüssen:

1. Nach Abtrennung vom Accessorius verliert der Vagus seinen hemmenden Einfluss auf die Athmung.
2. Die Reizung des Vagus ohne Accessorius und zwar die schwache wie die starke, lässt die Athembewegung weiter und frequenter werden.
3. Der Stamm des Vago-Accessorius macht beim Hunde, wenn er nach Abpräparirung von den Fasern des Sympathicus mit schwachen Strömen gereizt wird, keine Steigerung der Athemfrequenz, dagegen besitzt er noch den hemmenden Einfluss auf diese.
4. Die Fasern, welche eine Steigerung der Frequenz der Athembewegungen hervorrufen, sind reizbarer als die hemmenden Fasern. CARDONE.

5) **J. O'Dwyer. Eine verbesserte Methode zur Ausübung der künstlichen forcirten Athmung, mit Demonstration von Instrumenten. (An improved method of performing artificial forcible respiration, with exhibition of instruments.)** *N. Y. Med. Journ. 12. Dec. 1891.*

Die Methode stellt eine Modification der von Dr. George E. Fell in Buffalo zur Herstellung künstlicher Athmung empfohlenen dar. Diese Methode besteht darin, dass die Luft in die Lunge eingepumpt wird mittelst eines Gebläses, das durch ein Hartgummirohr mit einem System von Röhren in Verbindung steht, welche nach des Verf.'s Angaben gefertigt sind und von ihm demonstrirt wurden. Diese Röhren sind so construirt, dass sie in den Larynx per vias naturales eingeführt werden. Die Einführung ist leicht von Jedem zu bewerkstelligen, der mit der Operation der Intubation vertraut ist. Die einzige Gefahr der Methode liegt darin, dass die Lungen bei dem Hineintreiben der Luft verletzt werden können und dass nicht genügend Zeit zum Entweichen der Luft bleibt, so dass eine Ueberdehnung und Ruptur der Lungenbläschen eintreten kann. Dieser Gefahr wurde dadurch begegnet, dass die Athemzüge nur langsam, 10—12 Mal in der Minute, gemacht wurden. Die Methode erwies sich werthvoll in allen Formen von Vergiftung mit Narcoticis und sie könnte sich auch nützlich in den Fällen erweisen, in denen die Inspirationsmuskeln zeitweise versagen. Ein weiterer Zweck, dem die Röhren dienen können, wäre die Verhütung des Eindringens von Blut in die unteren Luftwege während Operationen im oder am Munde, wobei gleichzeitig die freie Passage der Luft zu und von den Lungen unterstützt wäre.

LEFFERTS.

6) **W. P. Herringham. Asthma bei einem Knaben. (Asthma in a boy.)** *Brit. Med. Journ. 21. Febr. 1891.*

Vorstellung des Falles in der Londoner Medicinischen Gesellschaft; der Bericht enthält nur eine kurze Notiz. MACKENZIE-JOHNSTON.

7) **Blache. Die Behandlung des Asthma bei Kindern. (Traitement de l'asthme chez les enfants.)** *Bulletin médical. 14. Januar 1891.*

Es sind zwei Indicationen zu erfüllen: 1. Den Anfall selbst zu coupiren. 2. Die Neurose zu beseitigen. Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Medicamente, die im Beginne des Anfalles zur Anwendung kommen können. Er empfiehlt das Jodkali, das, wofern die Kinder es vertragen, wirkliche Heilung bringen kann. E. J. MOURE.

8) **Demme** (Bern). **Plötzlich erfolgter Tod eines 10 wöchigen Kindes durch Erstickung in Folge eines unvollkommenen Brechaktes.** 28. Jahresbericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals. p. 11. Bern, Schmid, Froml u. Co. 1891.

Das Kind wurde im Bett erstickt gefunden und bei der Autopsie zeigte sich der ganze Oesophagus mit einer wurstförmigen aus festgeronnenen Caseinschollen bestehenden Masse angefüllt. Diese stopfte auch den Zugang zum Kehlkopf aus und drückte den Kehldeckel nieder. Verf. knüpft hieran die Warnung, kleine Kinder rasch nach Einnahme von Nahrung nicht ganz unbewacht liegen zu lassen. JONQUIÈRE.

9) **Fromayet. Abscess im Mediastinum nach der Tracheotomie. (Abscès du médiastin consecutif à la tracheotomie.)** *Journal méd. de Bordeaux. 15. Febr. 1891.*

Demonstration der Präparate von einem Kinde, das plötzlich 6 Tage nach der Tracheotomie gestorben war. Es fand sich eine starke Eiteransammlung um die Trachea und die Speiseröhre, die sich ziemlich tief hinab in das Mediastinum posticum fortsetzte. E. J. MOURE.

10) **Deutschmann** (Hamburg). **Ueber Pemphigus conjunctivae und essentielle Bindehautschrumpfung.** *Beiträge zur Augenheilk. II. 1891.*

Bei einer 71 jährigen Frau wurde ein typischer Process von sogenannter essentieller Bindehautschrumpfung zwei Jahre beobachtet, ohne dass es während dieser Zeit gelang, einen aetiologischen Anhaltspunkt für diese Affection zu entdecken; da zuerst entpuppte sich das Bestehen eines Pemphigus des harten Gaumens und bald darauf gestattete ein glücklicher Zufall, auch auf der Conjunctiva eine passagère Blasenbildung wahrzunehmen. Die mikroskopische Untersuchung, sowie die Züchtung auf festen Nährböden liessen hierbei einen kleinen Streptococcus erkennen, dessen pathogene Eigenschaften durch das Thierexperiment sicher gestellt werden konnten. Inwieweit die bei den Versuchsthieren durch Impfung mit jenen Mikroorganismen erzeugte Affection dem Pemphigus des Menschen ähnelt oder nahe steht resp. gleichkommt, kann noch nicht entschieden werden. SEIFERT.

11) **J. Lwow** (Kasan). **Ein Kind mit 2 Nasen und 2 Mündern.** *Wratsch. 1891. No. 11.*

L. demonstrirt in der ärztlichen Gesellschaft zu Kasan die Leiche eines Kindes mit folgender Missbildung. Das Kind hatte 2 Nasen, jede mit ihrem

selbstständigen Vomer, 2 Mundöffnungen, entsprechend den beiden Winkeln, des normalen Mundes, 2 Mundhöhlen und 2 Zungen. Letztere waren im gemeinsamen Pharynx zusammen gewachsen. Die beiden Unterkiefer waren in der Mittellinie gleichfalls verwachsen und bildeten am Kinn einen Vorsprung. Sonst zeigte das Kind keine Anomalien; gelebt hatte es 11 Tage. LUNIN.

12) **P. E. M. Duval. Oberflächliche Jugularvenen. Der Truncus arteriosus thyro-cervicalis. (Veines jugulaires superficielles. Tronc artériel thyro-cervical.)** Paris, G. Steinheil. Edit. 1891.

In dieser Abhandlung studirt D. eine Reihe von Anomalien, die im allgemeinen bekannt und von den Autoren mehr oder weniger beschrieben sind, deren Vereinigung aber an ein und demselben Individuum eine für den Anatomen interessante Besonderheit darstellt. Es sind dies auf der einen Seite: Abnorm liegende Communicationen der Vena jugularis anterior mit der Jugular. externa., das Hinüberziehen des unteren Endes der Jugular. anter., eine Bifurcation der Cephalica. Und auf der andern Seite: eine Ellipsenbildung der Jugularis externa. — Verf. beschäftigt sich dann mit dem Truncus thyro-cervicalis und seinen 3 Arterien, von denen die eine wenig bekannt ist, die Art. cervicalis superficialis transversa. Es besteht ein gemeinsamer Stamm; dabei giebt es zwei Cervicales transversae, die für einander eintreten können. Die Abhandhat 27 Abbildungen im Text und 32 Beobachtungen besonderer Präparate.

E. J. MOURE.

13) **Chauvel. Spontanes Aneurysma der Art. thyroidea inferior. (Aneurysme spontané de l'artère thyroidienne inférieure.)** *Gazette des hôpitaux. 9. April 1891.*

Bericht über einen Fall, der von Brousses (Lyon) beobachtet ist. Nachdem Ch. die diagnostischen Merkmale dieser Form von Aneurysmen besprochen, erörtert er am Schluss, wie peinliche Folgen eine Punktion in solchen Fällen haben kann, mag dieselbe auch wegen der Schwierigkeit der Diagnose zu entschuldigen sein. E. J. MOURE.

14) **A. del Fabbro. Experimentell und klinisch ist die Zerreissung von Capillargefässen und dadurch eine Blutung in Folge von neuroparalytischer Stase nach Verletzung des N. Quintus mit nachfolgender Perineuritis möglich. (Se sperimentalmente e clinicamente sia possibile la rottura dei vasi capillari e la consecutiva emorragia per stasi neuroparalitica in seguito a ferita del 5 paio e consecutiva perineurite.)** XIV. Congress der Assoc. Med. Ital. zu Siena. — *Riforma Medica. 14. Sept. 1891.*

Der Verf. illustrirt seine These durch 2 klinische Beobachtungen, in denen die Läsion (eine tiefe und verzogene Narbe) das Gebiet des linken N. infraorbitalis betraf. 4 Monate bestand ein Reizzustand (Perineuritis) mit subjektiven Symptomen, nämlich lokalen Schmerzen mit Ausstrahlung nach dem Gaumen und den Schneidezähnen, Kriebelgefühl und Schwere in der Oberlippe, Gefühl von Hitze — an objektiven Zeichen wurde konstatirt Oedem unterhalb der Orbita, Röthung über dem linken Jochbogen, Spasmen bei der Funktion des Levator

anguli oris, schleimig-blutiger Ausfluss aus dem linken Nasenloch, Dilatation der Gefässe; reflektorische Symptome waren in der reichlichen Salivation und dem Thränenfluss zu verzeichnen.

Del F. meint, dass ähnliche Fälle sich wohl häufiger finden liessen, wenn man darauf Acht gäbe. CARDONE.

15) **H. B. Baker. Die Beziehungen gewisser meteorologischer Verhältnisse zu Krankheiten der Lungen und Luftwege in Colorado. (Relations of certain meteorological conditions to diseases of the lungs and air-passages in Colorado.)** *Sanitarian. N. Y. Vol. XXVI. p. 306.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **Wm. S. Barker. Pyämie in Folge von Influenza. (Influenza followed by pyaemia.)** *Phil. Med. News. 19. Dec. 1891.*

Die Heftigkeit der Erkrankung beschränkte sich zuerst auf die Erscheinungen an der Schleimhaut des Rachens und Kehlkopfs, die Besonderheit des Falles aber liegt in der pyämischen Betheiligung anderer und entfernter Organe, die sehr bald zum Vorschein kam. Der Pharynx, der Mund und die Nasenwege des Pat. wurden häufig ausgespritzt mit einer Lösung von Wasserstoffsuperoxyd, nach der jedesmal eine milde Dobell'sche Lösung zur Anwendung kam.

Am 28. November wurde zuerst eine ziemlich grosse, flache Blase an der Innenfläche der rechten Hand bemerkt. Der Inhalt derselben schien anfangs serös, wenigstens nicht deutlich eitrig, doch wurde er sehr schnell purulent und eine Incision entleerte 2 Tage später eine erhebliche Menge eitriger Flüssigkeit. Andere ähnliche Blasen wurden bald an verschiedenen Körperstellen, hauptsächlich am Rücken und an der Seite des Halses, sowie an den Hinterbacken bemerkt. Fast täglich mussten nun Incisionen gemacht werden, und immer neue Eiterblasen traten in die Erscheinung. Ein (offenbar metastatischer) Abscess von ziemlicher Tiefe bildete sich in der linken Poplitea. Eine Woche oder zwei schien es, als ob der Pat. dies aushalten würde. Dann aber wurde der Zustand, Woche für Woche, langsam schlimmer. Etwas später setzten noch schwere Durchfälle ein und nun nahm die Erschöpfung rapide zu, bis der Tod eintrat.

Der Inhalt der Bläschen, der vor dem Tode untersucht wurde, ergab das Vorhandensein grosser Mengen von Streptococcen und Staphylococcen. Der Fall musste als eine Pyämie im Anschluss an Influenza aufgefasst werden.

LEFFERTS.

17) **Sous. Die Grippeepidemien in Bordeaux. (Les épidemies de grippe à Bordeaux.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. 18. Januar 1891.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Grippeepidemien, die in Bordeaux aufeinander gefolgt sind seit 1578, dem Jahre, in dem dieser Krankheit zum ersten Male Erwähnung geschieht. E. J. MOURE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **S. Ramón y Cajal** (Barcelona). **Ursprung und Endigung der Riechnervenfasern. (Origen y terminación de las fibras nerviosas olfatorias.)** Mit 6 Abbild. *Gaceta sanitaria de Barcelona. Dec. 1890 u. Jan.-Febr. 1891.*

Den verschiedenen von Schulze, Krause und anderen befolgten Untersuchungsmethoden gegenüber hat Verf. das von ihm modificirte Golgi'sche Verfahren bei diesen wie bei seinen sonstigen Studien über das Nervensystem bevorzugt.

Das Golgi'sche Verfahren färbt die bipolaren Zellen der Riechschleimhaut schwarz, wobei der Kern oft braun erscheint, weil man ihn durch eine durchtränkte Protoplasmaschicht hindurch sieht (Fig. 1). Von den Fortsätzen dieser Zellen ist der aufsteigende stark, gewunden und reicht bis zur freien Oberfläche, während der absteigende sehr fein, varikös und mehr oder weniger hell kaffeebraun ist und nach Durchdringen der Basalschicht sich in eine der unzähligen varikösen Fibrillen fortsetzt, die vom Riechnerven ausgehend im subepithelialen Bindegewebe verlaufen. Diese Fäserchen bilden öfters Windungen oberhalb der Grenzlinie, wobei sie sich um die Basalkörperchen herumschlängeln, um dann in Windungen zu ihren Endzellen aufzusteigen. Verf. ist es noch nie gelungen, weder das Geflecht noch die Verästelungen aufzufinden, die Ranvier im intraepithelialen Verlaufe der Riechfasern erwähnt, und hält er es daher für eine über allen Zweifel erhabene Thatsache, dass jede Riechfaser während ihres Verlaufes in der Schleimhaut und den Nervenbündeln vollständig vereinzelt bleibt, sowie dass jede Riechfaser beständig auf gleiche Weise d. h. mit einer bipolaren Zelle endigt. Da nach seinen ersten Mittheilungen i. J. 1889 eine Arbeit der Herren Grassi und Castronuovo über dasselbe Thema erschienen ist, worin dieselben Untersuchungsergebnisse vorlegen, die mit den seinigen nicht übereinstimmen, so hat Ramón neue Forschungen angestellt, die er auseinandersetzt und den Irrthum klarlegt, in den genannte Histologen verfallen sind.

Die Endigung der von den bipolaren Körperchen der Riechhaut ausgehenden Axencylinder findet sich im Grunde der Riechkolben, auf der Höhe der Riechknäuel genannter Anschwellungen. Der bequemeren Beschreibung halber nimmt R. mit geringen Varianten die von Schwalbe aufgestellte Schichtung des Riechkolbens an und beschreibt nun von aussen nach innen vordringend folgende Schichten; 1) die der Riechbündel, welche von den Nervenbündeln gebildet wird, die nach ihrem Durchgange durch die Lamina cribrosa sich in der Rinde des Bulbus ausbreiten, die Fäden sind fein, varikös, unverästelt, von gleicher Dicke, wie die vom Epithel ausgehenden. 2) Schicht der Riechknäuel, bestehend aus einer oder zwei Reihen von granulösen, lichtbrechenden, birnförmigen Gebilden, deren Stiel schief nach der Peripherie gerichtet ist, während der breite Theil nach der Mitte des Bulbus hinzieht. In die Knäuel treten sich verästelnde Riechfasern und Protoplasmaausbreitungen der benachbarten Nervenzellen (pyramiden- und spindelförmige) ein, woraus ein recht dichtes Geflecht entsteht. Diese

Thatsachen führen zu dem höchst wichtigen Ergebniss, dass eine Uebertragung der Nerventhätigkeit von Nervenverzweigungen zu Protoplasmaverzweigungen stattfinden kann. Nach Golgi entsprechen den von der Peripherie her zuführenden Nervenfasern solche, die von der Mitte ausgehen und durch Bildung von Zwischennetzen eine Verbindung herstellen. Zwei Grundirrthümer Golgi's sind die Hypothese von Nervennetzen und die, den Protoplasmaausbreitungen die Rolle von reinen Ernährungsausläufern ohne jede Beziehung zu Stromvermittelung zuzuschreiben. Ramón hat dagegen die Thatsache festgestellt, dass die Riechfasern wie überhaupt alle Nervenfasern mit vollkommen freien Verzweigungen enden. Indem er sich zu seinen Untersuchungen der unvollständigen Durchtränkung eben geworfener kleiner Säugethiere bediente, hat er gefunden, dass die Aeste der Riechfasern sich weiter verzweigen und kurze, gewundene, verhältnissmässig dicke, stark variköse, frei mit einer olivenförmigen oder rundlichen Verdickung endigende Ausläufer bilden. Niemals tritt ein solcher Faden aus dem Knäuel aus, noch geht er in andere Nervenfasern von Protoplasmaausbreitungen über. Die Empfindungsübertragung geschieht durch vielfache Berührung zwischen den Riechfäserchen und den Protoplasmaverzweigungen, wodurch eine der elektrischen Induktion ähnliche Erscheinung zu Stande kommt, Dank der innigen Verflechtung und Verkettung beider Arten von Fasern und etwa auch der Gegenwart einer leitenden Zwischensubstanz.

Nach Feststellung dieser wichtigen Thatsachen, welche dem Studium der Morphologie des Nervensystems bisher ungeahnte Gesichtspunkte eröffnen, schreitet Verf. zum Studium der übrigen Schichten des Bulbus olfactorius und bringt in allem neue Ergebnisse seiner eingehenden Untersuchungen, deren genauere Wiedergabe fast eine vollständige Uebersetzung der Arbeit erfordern würde. Ihre Kenntnissnahme ist Jedem zu empfehlen, der sich für solche Studien interessirt.

GONGORA.

19) **W. J. Lusk. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *Weekly Med. Review. 4. April 1891.*

C. beschreibt einen Fall, in dem die Blutung durch das Einbringen einer Tuchnadel in die Nase zum Stehen gebracht wurde. (? Red.)

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **Lavering. Beitrag zum Studium des Nasenblutens bei der Bright'schen Krankheit. (Contribution à l'étude de l'epistaxis dans le mal de Bright.)** *Thèse de Paris. 1891.*

Das Nasenbluten bildet ein besonderes Symptom bei der interstitiellen Nephritis; es kommt in allen Stadien dieser Krankheit vor, besonders jedoch am Anfang und gegen das Ende hin. Als Frühsymptom begleitet es die geringen Zeichen der Bright'schen Erkrankung; die Blutungen sind dann geringfügige, besonders am Morgen auftretend, unregelmässig. Als Spätsymptom sind sie reichlich und häufig recidivirend. Sie deuten auf eine acute Exacerbation hin, auf drohende urämische Zufälle. Im Gegensatz hierzu kommen sie aber auch ganz isolirt vor. Im letzten Stadium der Erkrankung sind sie ganz besonders

erschreckend durch ihre Unstillbarkeit und dadurch, dass dann gewöhnlich andere Blutungen sie begleiten.

Das Nasenbluten kann abhängig sein 1) von einer Dyscrasie des Blutes; 2) von einer lokalen Veränderung der Gefässe; 3) von einer Hypertrophie des Herzens. Die erstgenannte Ursache ist eine direkte Folge der Nierenerkrankung, die eine mangelhafte Reinigung des Blutes bedingt. Die Veränderungen der kleinsten Arterien und Capillaren bestehen in chronischen endo- und periarteritischen Vorgängen, und was die Herzhypertrophie anlangt, so ist diese konstant zu beobachten; dasselbe gilt von der übermässigen Spannung der Gefässwände.

J. BARATOUX.

21) J. Townsend. **Nahe und entfernte Folgen nasaler Verstopfung. (Proximate and remote effects of nasal obstruction.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngology. October 1891.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) B. Squire (London). **Lipom der Nase. (Lipoma of the nose.)** *Lancet. 7. März 1891.*

Vorstellung des Falles in der Klinischen Gesellschaft zu London.

MACKENZIE-JOHNSTON.

23) Mas y Soler. **Schleimhautpolyp der Nasenhöhle; Ausreissung desselben. (Polipo mucoso de la fosa nasal biquierda; evulsién.)** *Rev. di exp. med. quir. No. 15. 1891. Madrid.*

Nicht zugänglich. GONGORA.

24) Natier. **Schleimhautpolypen der Nasenhöhlen bei Kindern bis zum Alter von 15 Jahren. (Polypes muqueuses des fosses nasales chez les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans.)** *Annal. de la policl. de Paris. Juli 1891.*

Eine sorgfältige und sehr in's Einzelne gehende Arbeit, die sich auf im ganzen 31 Beobachtungen stützt, welche theils bei fremden Autoren gesammelt sind, theils der eigenen Praxis des Verf.'s entstammen. Verf. behandelt die Entwicklung und die Pathogenese dieser Neubildungen und nennt in kurzer und präciser Darstellung die Symptomatologie sowie die verschiedenen Behandlungsweisen, die in Frage kommen können. E. J. MOURE.

25) C. W. Richardson. **Cystome der Nase. (Nasal cystomata.)** *Journal Am. Med. Assoc. 3. October 1891.*

Für die Exstirpation dieser Geschwülste ist es das Beste, gar nicht erst eine Entfernung im ganzen zu versuchen, sondern sie zuerst anzustechen und ihren Inhalt zu entleeren; darauf lässt man den Pat. den leeren Sack vorwärts in die Nasenhöhle hinein blasen, wo man ihn mit der Zange oder dem Schnürer fassen kann. Verf. theilt 2 derartig behandelte Fälle mit.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) Laker (Graz). **Totalexstirpation einer grossen endonasalen Geschwulst durch die Choane.** *Arch. f. Ohrenheilk. 32. 1891.*

L. entfernte eine Bindegewebsgeschwulst, die offenbar vom mittleren Nasen-

gang ihren Ausgangspunkt nahm, in der Weise, dass er (nach vorheriger Cocainisirung) den nach vorne freien Raum des mittleren und gesondert den des unteren Nasenganges tamponirte, eine Kornzange etwa 1 cm weit in vertikaler Richtung geöffnet so durch die vordere Nasenöffnung einschob, dass die obere Branche gegen den Verlauf des unteren Nasenganges gerichtet war und in dieser Richtung die Kornzange mit allmälig gesteigertem Druck gegen das Naseninnere anpresste. Dadurch wurde die Geschwulst abgelöst und aus den Choanen in die Rachenhöhle gebracht.

SEIFERT.

27) **Le Dentu. Pseudopolypen der Nasenhöhlen. (Des pseudo-polypes des fosses nasales.)** *Tribune méd. 5. März 1891.*

In dem vom Verf. mitgetheilten Fall handelte es sich um eine maligne Geschwulst der Nasenhöhle. Der Verf. hat 11 Fälle dieser Art beobachtet, die doch in unseren klassischen Lehrbüchern durchweg als recht selten bezeichnet werden.

E. J. MOURE.

28) **Holtermann** (Ahlen). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Nasenschleimhauttumoren.** Inaug.-Dissertation. Würzburg 1891.

Beschreibung eines Drüsencarcinoms, das von der Schleimhaut der Nase eines Individiums ausgegangen war, welches schon mehrfach wegen Carcinom des Gesichtes operirt worden war.

SEIFERT.

29) **L. Lubliner.** (Aus Dr. Heryng's laryngologischer Abtheilung.) **Ein Fall von Rhinosclerom der Nase — Typhus exanthematicus — Schwund der Rhinoscleromin filtrationen. (Przypadek zaniku twardzieli nosa po tyfusie wysypkowym.)** *Gaz. lek. No. 42. 1891.*

Die Arbeit ist in der Berl. klin. Wochenschrift Nr. 40. J. 91. publicirt worden und wird daher von entsprechender Seite referirt werden.

Wir wollen an dieser Stelle im Anschluss an den publicirten seltenen Fall erwähnen, dass Patient sich im Februar 92 uns wieder vorgestellt und kein Recidiv seit circa einem Jahre nachzuweisen war. Beide Nasengänge für Luft- und Wasserstrom durchgängig.

HERYNG.

30) **U. Rossi** (Florenz). **Der Schädel-Rachen-Canal und die Fossa pharyngea: eine anthropologische Untersuchung. (Il canale craniofaringeo e la fossetta faringea: ricerche antropologiche.)** *Monit. Zool. Juli 1891.*

R. hat Gelegenheit gehabt, sehr schöne Beispiele von Schädel-Rachen-Canal bei Erwachsenen zu beobachten; er theilt in der vorliegenden Arbeit das Resultat der Untersuchungen mit, die er Behufs Bestimmung der Häufigkeit dieses Vorkommnisses anstellte.

Die Untersuchungen erstrecken sich auf 3700 Schädel verschiedener Epochen und Rassen; das Vorhandensein des Kanals wurde nur 9 mal notirt, die Fossa pharyngea dagegen 55 mal unter 3712 Schädeln.

Im Gegensatz zu der Anschauung von Gruber, der jede Prädilection irgend einer Rasse für die Fossa pharyngea in Abrede stellte, hat R. dieselbe beobachtet in einem Verhältniss von 1,13 pCt. bei den Europäerschädeln und 3,87 ⁰ bei den

anderen. — Bemerkenswerth ist die Häufigkeit bei den Schädeln aus Kleinasien, die einen Procentsatz von 4,16 pCt. geben. In einem Falle sah R. eine doppelte Fossa pharyngea.

CARDONE.

31) **Chaumier. Adenoide Tumoren des Nasenrachenraums bei Kindern. (Tumeurs adénoides du pharynx nasal chez les enfants.)** *Progrès méd. 31. Jan. 1891.*

Olivier verlas in der Akademie für Medicin einen Bericht über die Arbeit von Chaumier. Der Berichterstatter glaubt, dass diese Tumoren mit Scrophulose zusammenhängen; dieselben erscheinen nach seiner Erfahrung im Alter von 7—8 Jahren und verschwinden gegen das zwanzigste Jahr. Da sie den Verlust des Gehörs zur Folge haben können, soll man sie rechtzeitig operiren.

E. J. MOURE.

32) **W. J. Bacon. Adenoide Vegetationen. (Adenoid vegetations.)** *Proceedings Conn. Med. Soc. Vol. IV. p. 253.*

Man sollte alle Fälle operiren. B. widerlegt die Ansicht, dass der Pat. die Krankheit auswachsen könnte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **Voss (Riga). Adenoide Vegetationen.** *Petersburger med. Wochenschr. 1891. No. 11.*

Demonstration in der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga von 5 Präparaten adenoider Vegetation, die auf operativem Wege aus dem Nasenrachenraum entfernt worden waren.

LUNIN.

34) **J. Marsh (Birmingham). Adenoide Hypertrophie im Nasenrachenraum. (Adenoid hypertrophy in the naso-pharynx.)** *Birmingham Med. Rev. November 1891.*

Eine interessante kritische Zusammenstellung des einschlägigen Materials. In der Erwägung, dass es sich bei diesem Leiden nur um eine Hypertrophie des normaler Weise vorhandenen adenoiden Gewebes handelt, zieht der Verf. die obige Bezeichnung der „adenoide Vegetationen" oder „Postnasale Geschwülste" vor.

MACKENZIE-JOHNSTON.

35) **Hatton. Adenoide Geschwülste im Nasenrachenraum. (Adenoid growths of the naso-pharynx.)** *Brit. Med. Journ. 19. December 1891.*

Vortrag gehalten vor der Staffordshire-Abtheilung der B. M. A. — Einzelheiten werden in dem Referat des Brit. Med. Journ. nicht gegeben.

MACKENZIE-JOHNSTON.

36) **H. Woods. Gelegentliche Harthörigkeit als einziges Symptom postnasaler Vegetationen. (Occasional hardness of hearing sometimes the only symptom of post-nasal vegetations.)** *Maryland Med. Journ. 26. December 1891.*

1. Kein Defekt des Gehörs, wobei aber geringe oder vorübergehende Störungen vielleicht der Wahrnehmung entgehen. 2. Die Ohrencomplikationen bei postnasalen Wucherungen sind nicht immer von der Behinderung der Nasenathmung abhängig. 3. Die Geschwülste können bestehen und zu Störungen An-

lass geben, bevor die Mundathmung, das Schnarchen und die Veränderungen im Gesichtsausdruck den Verdacht auf ihr Bestehen erwecken.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) **V. Cozzolino** (Neapel). **Die Möglichkeit einer malignen Entartung der adenoiden Vegetationen beim Erwachsenen. (Possibilità di degenerazione maligna delle vegetazioni adenoidi nell' adulto.)** *Il sordomuto. 18—19. 1891.*

Nicht zugänglich.

CARDONE.

38) **G. M. Blach. Hypertrophie der Luschka'schen Tonsille oder adenoide Tumoren im Rachenraum. (Hypertrophy of Luschka's tonsil or adenoid growths in the pharyngeal voult.)** *Denver Med. Times. October 1891.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **C. J. Teets. Die Rachentonsille. (The pharyngeal tonsil.)** *Journal Ophth., Otolog. and Laryng. October 1891.*

Das passendste Instrument zur Entfernung der geschwollenen Tonsille ist die scharfe Zange für die hintere Nase.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **L. Rousseaux. Elektrische Curetten für adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum; neue Instrumente. (Curettes électriques pour les végétations adénoides du pharynx nasal; instruments nouveaux.)** *La Clinique. 1891. 369—373.*

Vergl. den Bericht über die II. Jahresversammlung Belgischer Laryngologen und Otologen. Centralbl. No. 9. 1892.

BAYER.

41) **Woden. Vollständiger Verschluss des Orificium pharyng. (Occlusion complète de l'ouverture naso-pharyngienne.)** *La Presse med. Belge. No. 43. 1891.*

Durch Narbencontraktion in Folge früherer Syphilis kam es zum vollständigen Abschluss der Nasenrachenhöhle; wie sich denn auch Narbenbildungen in der Nase, am Zungengrunde und im Kehlkopf vorfinden, die der Verf. detaillirt beschreibt.

BAYER.

42) **Ficano** (Palermo). **Fibro-mucöser Polyp des Nasenrachenraums. (Polipo fibro-mucoso della cavita naso-faringea.)** *Bollettino delle malat. di gola etc. December 1891.*

Der Tumor wurde mit der Blake'schen von F. modificirten Schlinge entfernt.

CARDONE.

43) **Norris Wolfenden** (London). **Ein ungewöhnlich grosser Nasen-Rachenpolyp bei einem 15jährigen Mädchen. (An unusually large naso-pharyngeal polypus in a girl aged fifteen.)** *Journal of Laryngology. Mai 1891.*

Das Hauptinteresse des Falles liegt in der Grösse der Geschwulst und dem Alter der Patientin. Der Tumor entsprang von dem hinteren Ende der unteren Nasenmuschel, er wölbte sich in den Mund vor die Uvula und den weichen Gaumen nach oben drängend; er wurde mittelst der durch die Nase eingeführten Jarvis'schen Schlinge entfernt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

44) **W. Karpetschenko** (Tiflis). **Entfernung eines fibrösen Polypen aus dem Nasenrachenraum. (Udalenie fibresnawo polypa s osnowania tscherepa.)** *Med. oboer. 1891. No. 23.*

Der Polyp wurde mit einer Scheere entfernt, nach vorhergegangener Spaltung des weichen Gaumens.
LUNIN.

45) **L. di Napoli. Osteoplastische Resection der Nasenknochen und des aufsteigenden Kieferastes wegen Nasenrachenraumpolypen. (Resezione osteoplastica delle ossa nasali e dell' apofisi montante del mascellare per polipe naso-faringeo.)** *Gl' Incurabili. 1. Juli 1891.*

Ein 35jähriger Mann, seit 3 Jahren krank. Die myxomatöse Geschwulst nahm beide Nasenhälften ein und auch einen Theil des Rachens. Die Exstirpation des Tumors wurde nach Bruns' Vorschrift gemacht und führte zur Heilung.
CARDONE.

46) **J. M. Espada** (Habana). **Nasen-Stirnpolypen mit Verletzungen beider Wände des rechten und der vorderen Wand des linken Sinus frontalis. (Pélipos naso-frontales con lesioncs de ambas paredes metseno frontal derestro, de sole la pared anterior en el izquierdo.)** *Crónica medico-quirurgica de la Habana. 1891. No. 16.*

Ausführliche Krankengeschichte eines 18jährigen Mädchens, bei dem etwa 5—6 Jahre vorher in Folge eines Schnupfens sich myxomatöse Bildungen in den Nasenhöhlen gezeigt hatten. Am 2. Februar in Behandlung genommen und am 28. März der Radikaloperation unterworfen, konnte die Kranke Mitte Juni als geheilt angesehen werden.
GONGORA.

47) **Hansberg. Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Grünwald zu meinem Aufsatze: Heilung eines grossen typischen Nasenpolypen.** *Monatsschrift für Ohrenheilkunde. No. 8. 1891.*

Hansberg refusirt den versteckten Vorwurf, als ob sich in seinem Falle eine Schlingenoperation hätte ausführen lassen und als ob es sich nicht um einen typischen Nasenrachenpolypen gehandelt hätte. Wenn auch Rachenpolypen zuweilen von selbst sich zurückbilden, so könne man darauf doch nicht warten, sondern müsse therapeutisch eingreifen; auch habe bei seiner Operationsweise keine erhöhte Infectionsgefahr vorgelegen. (Vgl. Ref. 53 dieser Nummer.) SCHECH.

48) **J. A. Bach. Zwei Fälle von grossen sublingualen Dermoidcysten und ein Fall von Fettgeschwulst des Pharynx und Nasopharynx. (A report of two cases of large sublingual dermoid cysts and one case of fatty tumor of the pharynx or naso-pharynx.)** *Medical Age. 25. Mai 1891.*

Die Cysten wurden ausgeschält. — In dem dritten Falle erfüllte die Geschwulst den Nasenrachenraum und breitete sich bis unter den weichen Gaumen aus. Nach der Entfernung der Kapsel zeigte sich, dass die Befestigungsstelle der Geschwulst in der Rosenmüller'schen Grube hinter der rechten Tuba Eustachii gewesen war. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass ein reines Lipom vorlag.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **H. J. Ivins. Enchondrom des Nasenrachenraums. (Enchondroma of the naso-pharynx.)** *Hahnemannian Monthly. Juni 1891.*

Verf. vermochte nur 4 Fälle von dieser Krankheit in der medicinischen Literatur aufzutreiben; er vermehrt diese um einen fünften.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

50) **James Wilson** (Haverford West). **Ein Fall von Sarcom unterhalb der Parotis und im Retropharyngealgewebe. Heilung durch die Operation. (A case of subparotid and retro-pharyngeal sarcoma; operation; recovery.)** *Lancet. 27. Juni 1891.*

Der Artikel giebt einen eingehenden Bericht über den Verlauf der Operation in dem beschriebenen Falle. Die Geschwulst war hantelförmig gestaltet und von einer festen Kapsel umschlossen. Mikroskopisch stellte sie sich als ein glanduläres Sarcom dar. Der Pat., ein Mann von 38 Jahren, machte eine ungestörte Heilung durch und befindet sich zur Zeit, 14 Monate nach der Operation, ganz gesund.

MACKENZIE-JOHNSTON.

51) **F. Lange. Retropharyngeales Sarcom. (Retropharyngeal sarcom.)** *N. Y. Med. Journ. 4. Juli 1891.*

Verf. schildert die Technik, die er bei der Exstirpation des Tumors angewandt hat.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **John Mac Intyre** (Glasgow). **Geschwülste der Nase und des Halses. (Tumours of the nose and throat.)** *Journ. of Laryng. October 1891.*

Klinischer Bericht über zwei Fälle von Sarcom des Nasenrachenraums, einen Fall von Krebs der Tonsillen und ein Kehlkopfcarcinom.

MACKENZIE-JOHNSTON.

53) **L. Grünwald** (München). **Bemerkungen zur Behandlung des juvenilen Nasenrachensarcoms.** *Monatsschr. f. Ohrenh. etc. No. 6. 1891.*

Anknüpfend an die Mittheilung von Hansberg von der Heilung eines grossen typischen Nasenrachenpolypen verweist G. auf eine von ihm angegebene Methode, die Schlinge um Rachentumoren herumzulegen; auch bezweifelt G., ob die von Hansberg mitgetheilte Geschwulst eine typische war. Das juvenile Sarcom des Nasenrachenraumes kann von selbst wieder verschwinden; Recidive können auch durch eingreifende Operationen nicht immer verhütet werden, jedenfalls muss man den Geschwülsten kälter als bisher gegenüberstehen.

SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

54) **R. W. Greene. Zwei Fälle von acuter parenchymatöser Zungenentzündung. (Two cases of acute parenchymatous glossitis.)** *Medical and Surgic. Reporter. 29. August 1891.*

Nichts von besonderem Interesse. Der eine Fall, der einen jungen Mann betrifft, entwickelte sich im Verlaufe von Phthisis.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **K. Miroljubow** (Semipalatinsk). **Ein Fall von Glossitis in Folge von Intermittens. (Slutschai peremeschnoi licheradki, wirasiwscheisja glossitow.)** *Russ. Med. 1891. No. 35.*

Verf. glaubt, die Ursache dieser Glossitis bestände in Intermittens, weil Pat. in einer Fiebergegend lebte und die Glossitis nach einigen Dosen Chinin verschwand.

LUNIN.

56) **D. Popescu** (Bukarest). **Zungenabscess. (Abces al limbei.)** *Spitalul. 1891. No. 1.*

Im Besuchzimmer des Dr. Leonte erscheint ein 22jähriger Mann mit einer schmerzhaften Geschwulst auf der linken Seite der Zunge, die sich im Laufe von 2 Monaten entwickelt hatte. Aus der Anamnese und den örtlichen Erscheinungen diagnosticirt Leonte einen durch einen cariösen Zahn hervorgerufenen Abscess, und da er der erste Zungenabscess ist, der ihm in einer langen Praxis vorgekommen, liess er den Kranken in die Klinik kommen, um den Studirenden den Fall zu demonstriren. Der Abscess wird eröffnet, und der Eiter, 1 1/2 ccm, Prof. Babes zur Untersuchung übergeben, welcher eine Reinkultur von Staphylococcus pyogenus aureus vorfindet.

SENTINON.

57) **Senator. Lymphangioma linguae.** *Berliner klin. Wochenschr. 1891. No. 8.*

Im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. P. am 24. 11. 90 vorgestellt.

Keine genaueren Angaben.

LANDGRAF.

58) **Konrad. Pilzförmige Wucherung am Zungenrücken. Exstirpation.** *Wiener med. Presse. 1891. No. 13. p. 499.*

Aus der Mitte der Wucherung wird mit dem scharfen Löffel ein erbsenförmiges Gebilde exstirpirt. Naht. Heilung. Wahrscheinlich handelte es sich um eine vergrösserte ulcerirte Zungendrüse.

CHIARI.

59) **Meiners** (Barssel). **Aetiologie des Carcinoma linguae mit besonderer Berücksichtigung der Psoriasis linguae.** Inaug.-Dissert Würzburg. 1891.

Beschreibung eines Präparates von Carcinom der Zunge, an welchem sich der Uebergang der Psoriasis in ein typisches Plattenepitheliom sehr gut verfolgen liess.

SEIFERT.

60) **Croly. Unterbindung der Lingualarterien wegen Zungencarcinom. (Ligation of the lingual arteries for cancer of the tongue.)** *N. Y. Med. Journ. 7. März 1891. p. 274.*

Bericht über einen Fall; nichts von Bedeutung.

LEFFERTS.

61) **Péan. Betrachtungen über eine Methode zur Abtragung von Tumoren der Zunge. (Quelques considerations sur une methode d'ablation des tumeurs de la langue.)** *Gaz. des hôpitaux. 24. Februar 1891.*

Verf. unterzieht die verschiedenen Umstände einer Betrachtung, die den Operateur zwingen können, die gewöhnliche Operationsmethode mehr oder weniger zu modificiren; in Frage kommt, ob der Tumor sich auf einen Theil der

Zunge begrenzt, ob er so umfangreich ist, dass seine Totalexstirpation nothwendig erscheint, ob der Mundboden zugleich mit der Zunge afficirt ist, endlich ob der Tumor sich von der Zunge auf den Boden des Mundes und auch auf einen Theil des Kiefers weiterverbreitet hat.

E. J. MOURE.

62) **G. Marinesco. Ueber die Innervation der Drüsen der Zungenbasis.** Verhdl. d. physiol. Gesellsch. zu Berlin. 1891. 5. Juni.

Die Secretionsfasern derselben verlaufen im Glossopharyngeus. Trotz seiner Durchschneidung ändert sich die Secretion nicht auffallend. Die Drüsenzellen können spontan secerniren (ebenso wie Pankreas, Parotis u. s. w.), weil sie Ganglien enthalten, während ganglienfreie Drüsen nach Durchschneidung ihrer Nerven die Secretion einstellen (Schweissdrüsen). Die Drüsenfasern degeneriren hier auch nicht nach der Durchschneidung des Glossopharyng., so dass man eine trophische Einwirkung der Ganglienzellen auf die Drüsenfasern annehmen muss.

A. ROSENBERG.

63) **Dmochowski** (Warschau). **Ueber secundäre Erkrankungen der Mandeln und der Balgdrüsen an der Zungenwurzel bei Schwindsüchtigen.** *Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. X. 5. 1891.*

D. untersuchte die Mandeln von 15 Schwindsüchtigen. Unter diesen Fällen war auch nicht einer, bei dem nicht bald mehr, bald wenige vorgeschnittene Tuberkulose in den Mandeln sich gefunden hätte, während sich mit blossem Auge keine besonderen Veränderungen darin erkennen liessen. Die Tuberkulose in dem Drüsengewebe tritt in zwei Formen auf. Die erste Form kann man erst bei entsprechender Färbung auf Mikroorganismen erkennen. Das Gewebe weist die Merkmale einer gewöhnlichen Entzündung auf, die Bacillen geben Klarheit über den Charakter derselben. Die Struktur der Drüse wird verwischt. Diese Form scheint selten zu sein. Die andere Form der tuberkulösen Entzündung der Mandeln findet ihren anatomischen Ausdruck in der Bildung von Tuberkeln. Wenn der tuberkulöse Process noch nicht sehr vorgeschritten ist, findet man die Tuberkel ungefähr ebenso gelagert, wie die Follikel selbst, nur mehr nach der Oberfläche — unter dem Epithel selbst. Der käsige Zerfall beginnt gewöhnlich gerade in der Mitte des Tuberkels in einer Riesenzelle, da aber nicht in jedem Tuberkel Riesenzellen vorhanden sind, so kann ersterer auch in den Epitheloidzellen seinen Anfang nehmen. Die weitere Entwicklung der Tuberkel und der darauf folgende käsige Zerfall führen endlich zu Exulcerationen.

Bei denselben Schwindsüchtigen, deren Mandeln untersucht wurden, stellte D. auch Untersuchungen an den Balgdrüsen der Zungenwurzel an. Diese sind nicht so oft tuberkulös erkrankt wie die Mandeln. Die Balgdrüsen der Zunge haben offenbar nicht so viel Chancen inficirt zu werden, wie die Mandeln. Auch hier finden sich ebenso wie bei den Mandeln sehr oft keine makroskopischen Merkmale der tuberkulösen Entzündung, jedoch nicht ausnahmslos. Auf der Zunge bemerkt man manchmal Exulcerationen beim Eingange in die Balgdrüsen. Der tuberkulöse Process verhält sich ganz identisch mit demjenigen in den Mandeln.

SEIFERT.

64) **A. Mc Shane. Eine Gräte in der Zungenbasis steckend. (Fish-bone embedded in the base of the tongue).** *New Orleans Med. and Surg. Journ. October 1891.*

Mittheilung der Krankengeschichte; die Gräte war 14 Tage vorher verschluckt worden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

65) **Alexander Duke** (Dublin) **Ein Insufflator mit Verrichtung zum Herabdrücken der Zunge. (A tongue depressing insufflator.)** *Brit. Med. Journal. 14. Februar 1891.*

Verf. macht Prioritätsansprüche geltend auf die Verbesserung an dem Osborne'schen Hals-Insufflator. MACKENZIE-JOHNSTON.

66) **G. Lovell Gulland** (Edinburgh). **Ueber die Function der Tonsillen. (On the function of the tonsils.)** *Edinburgh Med. Journ. November 1891.*

Am Eingang seiner Arbeit giebt der Verf. eine sehr eingehende Schilderung der Structur der Tonsillen. Er legt besonderen Werth auf die durch das Epithel der Crypten hindurch stattfindende Emigration grosser Mengen von Leukocyten, die entstanden sind durch mitotische Theilungsvorgänge der in dem adenoiden Gewebe um die Crypten praeexistirenden Leukocyten. Diese Leukocyten-Produktion geht im grössten Maassstabe in den Follikeln oder „Keim-Centren" vor sich, und Verf. giebt eine ausführliche Darlegung von der eigentlichen Anordnung der Blutgefässe und des Bindegewebes in den Keim-Centren, die diese Produktion begünstigt. Der dunkle Ring, der sich um die Keim-Centren herum in Schnitten, die man mit Kern-Farben behandelt, findet, besteht aus jugendlichen Leukocyten, die eng bei einander gehäuft liegen und diese können durch das Epithel hindurchtreten, entweder in die diffuse adenoide Infiltration oder in die Lymphgefässe, welche in den Tonsillen ihren Ursprung nehmen und die beim Austritt aus den Tonsillen mit Leukocyten vollgepfropft sind. Die allgemeine Anordnung der Blutgefässe in den Tonsillen ist, wie sich zeigt, der freien Passage der Leukocyten durch ihre Wandungen in hervorragender Weise günstig.

Der Verf. bespricht die früheren Theorien über die Function der Tonsillen und beschäftigt sich dann mit den Experimenten Hodenpyl's, um zu zeigen, dass diese Organe nicht bloss für die Resorption buccaler Flüssigkeiten bestimmt sein können wie Fox, Spicer und Andere meinen, da ja Pigmente und Atropin-Lösungen. die man direkt auf die Oberfläche der Tonsillen bringt, nicht resorbirt werden. Ferner können die Tonsillen auch deshalb nichts von der Nahrung resorbiren, weil kein Bestandtheil der Nahrung im Munde genügend weit verdaut ist, um während der momentanen Berührung des Bissens mit der Tonsille beim Schluckakt resorbirt werden zu können; die Nahrungsbestandtheile können auch nicht beim Schlucken in die Crypten hineingebracht werden, weil diese normaler Weise von Leukocyten und von dem Schleim, der aus den Tonsillen heraus in den Mund tritt, erfüllt sind, und weil bei manchen Thieren die einzigen tonsillären Crypten nach hinten zu liegen und durch eine herüberhängende Gewebsschicht bedeckt sind. Doch selbst wenn die Schlund- und Zungentonsillen Nah-

rungstheile absorbirten, die Rachentonsille könnte dies unmöglich auch leisten und dabei sind doch alle diese Tonsillen in ihrem Bau vollständig gleich!

Der Schluss ist gestattet, dass die Tonsillen Organe sind, deren Bestimmung in der Erzeugung von Leukocyten liegt und der Sitz dieser Leukocytenproduktion ist derart angeordnet, dass die Wanderung der Leukocyten von den Tonsillen sich in 2 Strömen bewegt — der eine nach innen gehend, durch die Lymphgefässe in das allgemeine Gefässsystem, der andere nach aussen, durch das Epithel der Crypten hindurch in den Mund und Rachen. Die verschiedenen Tonsillen nun sind so gelagert, dass die Leukocyten dieses Aussenstroms den Ernährungs- und Athmungstraktus vermöge ihrer „Phagocyten"-thätigkeit schützen. Es giebt 2 „Ringe" von tonsillären Geweben in dem Pharynx, der eine zwischen dem Munde und dem übrigen Digestivtraktus, der andere im Nasenrachenraum, den Eingang zum Respirationstraktus umgebend. Von dem unteren Ringe bildet die Zungentonsille den Boden. Die Schlundtonsillen passen, wenn man den Mund schliesst, in die Plicae glosso-epiglotticae jeder Seite und sie werden nach oben zu auseinandergehalten durch die Uvula und die untere Fläche des Velum palatinum, die wieder beide eine gewisse Infiltration von Leukocyten besitzen. Der obere Ring besteht aus der Rachentonsille, den Tonsillen an der Tubenöffnung und der diffusen adenoiden Infiltration am Boden der Nasenwege. Die an der Oberfläche dieser tonsillären Bildungen lagernden Leukocyten haben sich mit den Fremdkörpern zu beschäftigen, besonders mit Mikroorganismen. Die des buccalen Lagers schützen die Ernährungswege vor den Mikroben des Mundes zu jeder Zeit ausser während des Schluckaktes. Die Leukocyten des pharyngealen Lagers haben es mit den durch die Einathmungsluft zugeführten fremden Partikelchen zu thun, welche direkt auf die Rachentonsille stossen. Es ist zu vermuthen, dass die Stärke des buccalen Ringes abhängt von der Art der bei verschiedenen Thieren verschiedenen Nahrung, so dass die Tonsillen geringfügig sind, wo die Nahrung sauber ist und umgekehrt, und ebenso dass die Grösse der Rachentonsille wechselt, je nachdem die Athemluft gereinigt ist oder nicht durch einen complicirten Bau der Nase, die früher schon die fremden Theile zurückhält. Der durch die Tonsillen gewährleistete Schutz ist natürlich kein vollständiger und er wird durch andere Vorkehrungen unterstützt — in dem Ernährungstraktus durch den Speichel, den Magensaft, ferner auch durch weitere Ansammlungen von adenoidem Gewebe, im Respirationstraktus durch die Thätigkeit des Flimmerepithels, das die in Schleim eingeschlossenen fremden Partikelchen fortschafft, ferner durch die Leukocyten, die durch das Epithel der Athemwege und der Alveolen hindurchtreten. Es ist dem Verf. nur gelegentlich geglückt, Mikroben im Innern der Tonsillen zu finden, während solche immer zahlreich sind in den an der Fläche der Tonsillen lagernden Leukocyten und aus diesen und andern Gründen glaubt Verf., dass der Kampf zwischen Leukocyten und Mikroben normaler Weise an der Aussenfläche der Tonsille nur sich abspielt und dass die Leukocytenneubildung im gesunden Zustande kräftig genug ist, um den Aussenstrom der Leukocyten konstant im Gange zu erhalten und das Eindringen fremder Substanzen in die Tonsillen zu verhüten. Ist die Energie der Leukocytenproduktion gestört, wie

sich dies mikroskopisch bei geschwächten Thieren nachweisen lässt, so kann der Aussenstrom der Leukocyten verringert oder ganz gehemmt sein und die Mikroben können in das Innere der Tonsille eindringen durch die Räume im Epithel, die von den Leukocyten selbst gebildet und gewöhnlich auch von ihnen erfüllt sind, die aber nun mehr oder weniger leer stehen; so können die Mikroben zu einem lokalen oder allgemeinen infektiösen Process führen. Es ist wohl bekannt, dass die akuten Mandelentzündungen auch beim Menschen meist in Zuständen irgend welcher Schwächung eintreten und wahrscheinlich kommen auch sie auf dem angedeuteten Wege zu Stande. (Autorreferat). P. M'BRIDE.

67) **Redactionelle Notiz. Die Tonsillen als Wächter. (The tonsils as guardhouses.)** *N. Y. Med. Record. 19. Dec. 1891.*

Die Tonsillen erzeugen weisse Blutkörperchen in Mengen, wie sie der Organismus gerade benöthigt. Ein Theil dieser geht in das Blut über und bewegt sich durch das Gefässsystem hin und her wie eine Abtheilung der Sanitätspolizei (hoffentlich mehr ausrichtend, als manche ihrer menschlichen Kollegen); sie machen ihre Runde, um, wenn nöthig, in das Privatgebiet der Organe und in extravasculäre Gewebe einzudringen oder sich auf Krankheitskeime zu stürzen, wo sie solche finden, und sie zu zerstören.

Doch nicht alle weissen Zellen machen so regelmässig ihre Runde, sondern manche treten einfach heraus an die Oberfläche der Tonsillen und stehen dort Wache, ähnlich den Detectivs, die am Eingang eines Cirkus auf Taschendiebe fahnden; sie passen auf unvorsichtige Keime auf und zeigen sich, wenn solche erscheinen, vernichten sie und hindern sie am Eindringen in Hals, Magen und Lungen. „Es ist dies" sagt der Verf., dem wir leider nicht beipflichten können, „eine ebenso ausserordentliche wie interessante Entdeckung, denn sie erklärt uns, wieso und wodurch eine grosse Anzahl der Keime, die wir inhaliren, uns nicht zu schädigen vermag. Die Luftkeime können in den Mund eindringen, doch die Kette von weissen Blutkörperchen an den Mandeln stellt sich ihnen als eine wirksame Barrière entgegen, die die Mehrzahl der inhalirten Keime nicht zu überschreiten vermag; dadurch sind wir geschützt vor einer Mikroorganismen-Invasion des Digestiv- wie des Athmungstractus."

Wir neigen uns vor den Phagocyten, denn sie müssen in der That gut sehen und schnell zur Hand sein, wenn sie im Stande sein sollen, einen Typhusbacillus, der in einem trüben Fluidum wie Milch oder in Wasser heiter sich tummelnd zwischen den Tonsillen hindurchstürzt, zu packen und seinem schönen Traum vom ausgelassenen Schwärmen im Tractus intestinalis ein jähes Ende zu machen. Die Indianer des Nordwestens, die nach Fischen mit Speeren stechen, könnten etwas lernen von den Leukocyten, die auf den Tonsillen sitzen. Doch so ein weisses Blutkörperchen ist nicht blos ein geschickter Fischer, denn es vermag auch den Keim zu packen, wenn er im Centrum eines teigigen Bissens sich birgt, ebenso wie es ihn in seinem Fluge zu erlegen vermag, wenn er dem Nordwind sich anvertraut mit geöffneten Flügeln, um mit dem Strom der Athemluft schnell vorbeizufliegen zu einem ruhigen Obdach in den Alveolen der Lunge.

LEFFERTS.

68) **Harrison Allen** (Philadelphia). **Die Tonsillen im gesunden und kranken Zustande. (The tonsils in health and disease.)** Vortrag, gehalten auf dem Congress der Americ. Laryngol. Assoc. zu Washington. September 1891. — *Internat. Journ. Med. Scienc. Januar 1892.*

Verf. giebt eine anatomische Betrachtung über die Structur der Tonsillen mit einer recht vollständigen Zusammenstellung der früheren und jetzigen Anschauungen. Verf. meint, dass die abweichenden Ansichten, die man sich über den Bau der Tonsillen an verschiedenen Stellen gebildet hat, hauptsächlich dadurch bedingt sind, dass die verschiedenen Beobachter die Mandeln unter wechselnden Bedingungen studirt haben. Er theilt die Tonsille in einen oberen (Decken-) und einen unteren (Haupt-) Theil und behauptet, dass Krankheitsprocesse sich auf den oberen Theil begrenzen können, ohne dass der untere betheiligt ist. Es folgen dann klinische Beispiele für gewisse krankhafte Störungen. Der Verf. stellt in Abrede, dass die Hypertrophie der Tonsillen und wenn sie auch sehr ausgesprochen ist, einen pathologischen Zustand darstellt, ehe nicht die Respiration dadurch gehemmt ist, und er versichert, dass ein mehr oder weniger übertriebenes Wachsthum der Tonsillen bei Kindern stets vorliegt, wo die Tonsille die Glosso-Labial-Falte überragt. Verf. verwirft die Entfernung der Tonsille im Ganzen wegen der weiten offenen und reizbaren Fläche, die nach der Operation zurückbleibt; er führt ein paar Beispiele von Pneumonie und Bronchitis nach der Totalexstirpation der Tonsillen an. Statt dessen empfiehlt Verf. Incisionen in verschiedenen Richtungen und die Abtragung einzelner Läppchen ohne Verletzung des oberen oder unteren Gaumenbogens.

Abscesse der Tonsillen sollen entsprechend dem Bau derselben eröffnet werden, derart dass der Eiter möglichst in freie Verbindung mit den normalen Oeffnungen d. i. den Mündungen der Crypten gebracht wird. Auch muss darauf Acht gegeben werden, eine (gelegentliche) abnorm weite Arterie an der hinteren Rachenwand nicht zu verletzen.

Die verschiedenen Abarten der Tonsillen bilden den besten Führer für das klinische Studium dieser Gegend und die Behandlung aller Affectionen dieses Organs muss sich stützen auf seinen Bau. Unter dieser Voraussetzung ist die Mehrzahl der Erkrankungen dieser Drüsen heilbar. — Die Arbeit H.'s ist werthvoll und erschöpfend. REGINALD HORSLEY (M'BRIDE.)

69) **A. Sokolowski** und **R. Dmochowski. Beitrag zur Pathologie der entzündlichen Processe der Mandeln. (Przyczynek do patologii i kliniki spraw zapalnych migdałów.)** *Gaz. lek. No. 29, 30, 31, 32. 1891.*

Verff. haben eine Reihe von anatomischen und klinischen Untersuchungen vorgenommen in der Absicht einen causalen Zusammenhang zwischen der einfachen Mandelhypertrophie und den Erkrankungen der Follikel nachzuweisen. Sie glauben, dass die Ursache der einfachen Mandelhypertrophieen auf einer Störung der Proliferation des Lymphapparates beruht und durch eine besondere Disposition des Patienten begünstigt wird. Die microscopische Untersuchung der ausgeschnittenen hypertrophischen Mandeln zeigte verschiedene Veränderungen, von der einfachen Verengerung bis zur absoluten Occlusion der Crypten.

Dabei fanden sie manchmal Ausbuchtungen, welche durch Hyperplasie der Follikel bedingt waren. Das stagnirende Secret, in dem verschiedene Parasiten ihre Brutstätte finden, begünstigt ebensowohl entzündliche Processe, wie auch die weitere Entwickelung der Hypertrophie. Durch Stagnation des vermehrten Secretes wird ein Zustand hervorgerufen, welchen Verff. als Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa bezeichnen. Sobald sich zu diesem Zustande stärkere entzündliche Erscheinungen hinzugesellen, wobei an der Mündung der Crypten weissgelbe Pröpfchen, die später in Geschwüre übergehen sollen, auftreten, entsteht ein Zustand, den V. mit dem Namen „Tonsillitis lacunaris chronica desquamativa exacerbata" belegen. V. ziehen aus ihrer Arbeit folgende Schlüsse:

1. Die Hypertrophie der Follikel kann zur Verengerung, resp. Verstopfung des Secretes und seiner Stagnation führen.
2. Die Entzündungen der Crypten, bei welchen das Secret qualitativ und und quantitativ verändert ist, haben einen infectiösen oder nicht infectiösen, acuten oder chronischen Charakter.
3. Die chronischen desquamativen Processe sind am häufigsten im direkten Zusammenhange mit der chronischen Mandelhypertrophie oder dem Catarrh der Crypten.
4. Die sogenannte Angina follicularis ist eine pseudomembranöse in den Crypten localisirte Entzündung. HERYNG.

70) A. Sokolowski. **Beitrag zur Pathologie der entzündlichen Processe der Mandeln. (Przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałów.)** *Przeglad lekarski. No. 31. 1891.*

Der Inhalt deckt sich mit der in der Gazeta Lekarska No. 29, 30, 31, 32. 1891 mit Dr. Dmochowski publicirten Arbeit. HERYNG.

71) Racoviceanu (Piteschti). **Behandlung der phlegmonösen Mandelentzündung mit Salol. (Tratamentul amygdalitei flegmonóse prin salol.)** *Progesul medical roman. 1891. No. 4.*

Verf. hat die von Gouguenheim empfohlene Salolbehandlung in mehr als 100 Fällen bei Soldaten und auch in seiner Privatpraxis recht wirksam gefunden, allerdings in Verbindung mit Abführmitteln, Jodglycerinbepinselungen und Kaliumchloratgargarismen. SENTINON.

72) C. C. Hunt. **Die acute folliculäre Mandelentzündung. Ihre Infectiosität und ihre Differentialdiagnose. (Acute follicular tonsillitis. Is it infectious? Its differential diagnosis.)** *Trans. Illinois State Med. Soc. Vol. IV. p. 83.*

In einem in der Ill. State Med. Soc. gehaltenen Vortrage, an den sich eine allgemeine Discussion anschloss, stellt Redner folgende Sätze auf:

1. Die jetzt gewöhnlich als folliculäre Tonsillitis bezeichnete Affection ist eine wohl umgrenzte Krankheit für sich.
2. Sie kann sporadisch vorkommen, doch überwiegend tritt sie als endemische oder epidemische Krankheit auf.

3. Sie tritt in 3 verschiedenen Formen auf, von denen eine der Diphtherie ähnelt, ohne Diphtherie zu sein.
4. Sie ist infectiös. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

73) **E. van Deulen. Eine Affection der Rachenmuskeln nach folliculärer Tonsillitis, der postdiphtherischen Lähmung ähnelnd. (An affection of the pharyngeal muscles following follicular tonsillitis and resembling post-diphtheritic paralysis.)** *Hahnemann Med. Monthly. Januar 1891.*

Es besteht nicht sowohl eine wirkliche Unfähigkeit zu schlucken oder einen einzelnen Ton oder eine Silbe für sich richtig auszusprechen, sondern es ist vielmehr das Schlucken und Sprechen im Ganzen erschwert und nicht so frei wie gewöhnlich. Die Muskelthätigkeit ist gewissermassen zögernd. Verf. verfügt über 4 Fälle. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **W. J. Cathell. Chronische weiche Hypertrophie der Tonsillen behandelt mit Antipyrin und Zinkjodid. (Chronic soft hypertrophy of the tonsils treated with antipyrin and iodide of zinc.)** *Maryland Med. Journ. 1. Nov. 1891.*

C. reinigt die Tonsillen mit einer desinficirenden Lösung und macht dann wiederholt Applicationen einer 10proc. Antipyrinlösung 10—12 Minuten lang; dann folgt die Application des Zinkjodids. Das Ganze wird jeden 3. Tag wiederholt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

75) **C. Abate** (Catania). **Hypertrophie der Tonsillen. (Della ipertrofia tonsillare.)** *Archivio internaz. delle spec. med.-chir. December 1891.*

Nichts Bemerkenswerthes. CARDONE.

76) **A. Matwejew** (Rjasan). **Behandlung der hypertrophischen Tonsillen. (K woprosu o letschenii hypertrophiro wannich mindalewidnich scheles.)** *Russ. Med. 1891. No. 39.*

Bei zwei $1^1/_2$ Jahre alten Patienten mit hypertrophischen Tonsillen gelang es Verf. nur je eine Mandel mit dem Messer zu entfernen. Die andere Mandel schabte Verf. mit dem scharfen Löffel, wonach die Mandel sich schliesslich verkleinerte. LUNIN.

77) **J. Selenew** (Kiew). **Primäre syphilitische Erkrankung der Mandel.** *Wratsch. 1891. No. 15.*

Demonstration eines Kranken mit syphilitischem Ausschlag, wo die Primäraffection auf der Mandel sass. LUNIN.

78) **J. Neumann** (Wien). **Ueber die klinischen und histologischen Veränderungen der luetisch erkrankten Tonsillen und Gaumenbögen.** *Wiener klin. Wochenschrift. 1891. No. 49.*

Schon referirt aus Wiener med. Blätter. 1891, No. 45. CHIARI.

79) **N. Jakimowitsch** (Petersburg). **Harter Schanker der Mandel. (Twerdi Schanker na mindaline.)** *Boln. gazeta Botkina. 1891. No. 6.*

Der Titel sagt alles. LUNIN.

80) **Natier. Syphilitische Gummata der Mandeln. (Gommes syphilitiques des amygdales.)** O. Doin. Edit. 1891.

Verf. bespricht die Seltenheit der Lokalisation der syphilitischen Diathese an den Tonsillen, deren Diagnose dadurch erschwert ist, dass die Charaktere dieser Affection vor der Ulcerationsperiode und auch noch während dieser recht vage sind und unter Umständen eine vollkommene Analogie mit einem chronischen Abscess besteht. Sogar die Diphtherie kann in manchen Fällen für die Diagnose in Frage kommen. Die Affection erscheint immer erst nach einigen Jahren.

E. J. MOURE.

81) **Lefour. Fibröser Polyp der Mandel, während der Schwangerschaft entstanden. (Polype fibreux de l'amygdale developpé pendant la grossesse.)** *Journ. de méd. de Bordeaux. 19. April 1891.*

Der von L. beobachtete Polyp glich einer etwas abgeplatteten Birne; er maass 2 cm in der Länge, den ziemlich langen Stiel mit einbegriffen, seine Breite betrug 6—7 mm, seine Dicke 4 mm. L. glaubt, dass die Schwangerschaft mit der Entwicklung dieser Neubildung irgendwie in Zusammenhang steht.

E. J. MOURE.

82) **W. E Green. Blutung nach Excision der Tonsillen. (Hemorrhage following excision of tonsils.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngol. April 1891.*

G. theilt 2 Fälle mit; in dem einen wurde die Blutung durch Druck mit dem Finger, in dem andern durch energisches Cauterisiren gestillt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

83) **v. Holst. Aetiologie, Prophylaxis und Therapie der Blutungen nach Amygdalotomie.** *Oest.-Ung. Centr.-Blatt f. med. Wissenschaften. 1891. No. 11.*

Zusammenfassendes Referat.

CHIARI.

84) **Buisseret. Die Blutungen nach der Tonsillotomie und nach Zahnextractionen, eine Folge des Cocains. (Hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie et à l'extractions dentaires attribuées à la cocaine.)** *Revue de laryngol. 15. Nov. 1891.*

Verf. stellt fest, dass der Contraction der Gefässe nach der Application von Cocain eine Dilatation nachfolgt, welche die Blutungen ausserordentlich begünstigt. Er hat beobachtet, dass die vor der Operation cocainisirten Patienten nach der Exstirpation der Mandeln eher, als andere secundäre Blutungen bekamen. Dasselbe Verhältniss konnte er auch nach Zahnextractionen feststellen, wenn zur Linderung der Schmerzen eine Cocaininjection stattgefunden hatte.

E. J. MOURE.

85) **Bókai** (Pest). **Lymphadenitis retropharyngealis bei einem 8 Monate alten Kinde. Schwere Stickanfälle. Tracheotomie. Heilung.** *Pest. med. chir. Presse. 1891. No. 36. Gyógydrsat. 1891. No. 24.*

Die ausgedehnte Lymphdrüsengeschwulst ging ohne zu eitern nach der wegen drohender Suffocation vorgenommenen Tracheotomie in 3 Tagen bis auf Haselnussgrösse zurück. Ursache der Lymphadenitis retropharyngealis war eine

Otitis media purulenta und Rhinitis. Beachtenswerth ist auch der glückliche Ausgang der Tracheotomie bei dem zarten Alter des Kindes. CHIARI.

86) **H. E. Sieley. Retropharyngealabscess. Nothwendigkeit der Intubation. Heilung. (Retro-pharyngeal abscess — necessitating intubation; recovery.)** *Omaha Clinic. Juli 1891.*

Wegen des Druckes auf den Larynx wurde unter vielen Schwierigkeiten die Intubation ausgeführt. Der Abscess wurde eine halbe Stunde nach der Intubation incidirt und dann bald die Intubationsröhre entfernt. Der Patient war ein Kind von 7 ½ Monaten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87) **Hawkins-Ambler** (Clifton). **Retropharyngealabscess. (Retro-pharyngeal abscess.)** *Brit. Med. Journ. 19. September 1891.*

Verf. berichtet über einen Fall und rühmt die Methode der Eröffnung des Abscesses von aussen her, wie sie von Chiene angegeben ist.

MACKENZIE-JOHNSTON.

88) **George Foy** (Cork). **Retropharyngealabscess beim Erwachsenen. (Retropharyngeal abscess in adults.)** *Med. Press. 14. October 1891.*

F. beschreibt 2 Fälle von sehr ausgedehnten Abscessen bei erwachsenen Leuten, die die hintere Rachenwand vorwölbten. Beide wurden durch Operation von aussen her eröffnet; das Resultat war in beiden Fällen ein günstiges.

MACKENZIE-JOHNSTON.

d. Diphtheritis und Croup.

89) **J. L. Smith. Die Aetiologie der Diphtherie. (Etiology of diphtheria.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 4. Juli 1891.*

Ist die Diphtheritis primär eine lokale oder eine constitutionelle Krankheit? Im Lichte der heut bekannten ätiologischen Momente müssen wir die von dem Klebs-Loeffler'schen Bacillus erzeugte Krankheit als eine primär lokale ansehen. Allein was die durch andere Mikrobien hervorgebrachten Krankheitserscheinungen anlangt, muss die obige Frage doch noch eine offene bleiben, da in schweren, letal verlaufenen Fällen Mikrokokken ebensowohl in den inneren Organen, wie am Sitze der Entzündung auf der Schleimhaut selbst gefunden wurden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

90) **Barbier. Einige Verbindungen von Bakterien bei der Diphtheritis. (De quelques associations microbiennes dans la diphthérie.)** *Arch. de med. exp. et d'anatomie. Mai 1891.*

Eine allgemeine Untersuchung über die verschiedenen Mikrobien, die man bei der Diphtheritis treffen kann; der Befund einer Vereinigung von mehreren Mikroorganismen ist keineswegs selten. E. J. MOURE.

91) **Haushalter. Beziehungen der Vogeldiphtherie zur Diphtherie des Menschen. (Rapports de la diphthérie aviaire avec la diphthérie humaine.)** *Revue med. de l'Est. 1891.*

H. folgert aus seinen Experimenten:

1. Die excoriirten und blutenden Schleimhautflächen bei Vögeln, die man einen Augenblick mit einer Pseudomembran von Vogeldiphtherie bestreicht, bedecken sich sehr bald mit einem diphtheritischen Belag, der sich aber nicht über die inficirte Fläche hinaus verbreitet. Eine vorhergehende Läsion der Schleimhaut scheint nöthig, damit die Impfung Erfolg hat.

2. Die getrockneten Pseudomembranen behalten lange Zeit ihre Virulenz.

In allen Pseudomembranen fand Haushalter eine Vereinigung von Mikrokokken und Stäbchen; durch die Cultur konnte er die Stäbchen isoliren und als Bacillen der Vogeldiphtherie identificiren. Diese Stäbchen bieten gewöhnlich das Bild von länglichen Bacillen dar, ähnlich den Tuberkelbacillen; manchmal sind sie ein wenig gekrümmt; in den Culturen sind sie oft kürzer und ziemlich dick.

Impfungen mit diesem Bacill ergaben, dass die Thiere (Kaninchen, Hühner, Tauben) nicht starben, obgleich sie sichtlich erkrankten; dagegen starben sie nach Impfung mit den Bacillen der menschlichen Diphtherie in den ersten Tagen. Ausserdem lässt der Bacill der Vogeldiphtherie sich leicht im Blute der geimpften Thiere nachweisen.

Nach allem ist der Bacill der Vogeldiphtherie von dem der menschlichen verschieden.

J. BARATOUX.

92) **G. A. Bannatyne. Die Behandlung der Diphtherie durch Injection der Erysipel-Albumose. (The treatment of diphtheria by the injection of the erysipelas albumose.)** *Glasgow Med. Journ. Septemb. 1891.*

Die Resultate seiner Experimente an Kaninchen und Meerschweinchen drückt Verf. in folgenden Schlusssätzen aus:

1. Die Diphtherie konnte, selbst wo sie schon deutlich ausgesprochen war, durch die Injection der Erysipel-Albumose zum Stillstand gebracht werden.

2. Solche Injectionen führen eine Immunität von unbestimmter Dauer herbei.

3. Als Dosis schien nöthig $^1/_{5000}$ bis $^1/_{750}$ des Körpergewichts.

P. M'BRIDE.

93) **Redactionelle Notiz. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Times and Register. 14. Novemb. 1891.*

Durch die Geschichte der Diphtherie zieht sich der beständige Widerspruch zwischen der Anschauung von der constitutionellen Natur der Krankheit und den auffälligen Resultaten der lokalen Therapie. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **K. C. Bose (Calcutta). Die Diphtherie als Folge der Cloakengase in Calcutta; ihre Verhütung und ihre Behandlung. (Diphtheria as a result of sewer gas in Calcutta; its prevention and treatment.)** *Indian Med. Gaz. 1891. XXVI. 53.*

Dem Ref. nicht zugänglich. MACKENZIE-JOHNSTON.

95) **R. R. Thorne** (London). **Auszug aus den Milroy-Vorträgen über die Diphtherie, ihre Naturgeschichte und ihre Verhütung, gehalten vor dem Royal College der Londoner Aerzte (Abstracts of the Milroy lectures on diphtheria; its natural history and prevention — delivered before the Royal College of Physicians of London.)** *The Lancet* u. *Brit. Med. Journ.* *21. u. 28. Februar. 7. u. 14. März 1891.*

96) **R. R. Thorne. Die Diphtherie; ihre Naturgeschichte und ihre Verhütung. (Diphtheria, its natural history and prevention.)** 1891. Macmillan & Co.

Diese Vorträge, die ein reiches und interessantes Material enthalten, sind vom Standpunkt des Medicinalbeamten geschrieben. Dr. Thorne und seine Collegen hatten als Mitglieder das Local government board reiche Gelegenheit, die verschiedenen Epidemien durch das ganze Land zu verfolgen.

Von den verschiedenen Punkten, die behandelt werden, seien erwähnt: die relative Häufigkeit nach Alter und Geschlecht der Kinder; dte steigende Erkrankungsziffer trotz der verbesserten sanitären Einrichtungen der Gegenwart, ferner der Einfluss der Schule auf die Verbreitung der Krankheit. Die Thatsache, dass die nach einer Diphtherieattake folgende Tonsillitis bisweilen die Weiterverbreitung der Erkrankung zu verursachen scheint, macht es wahrscheinlich, dass das specifische Gift der Diphtherie unter gewissen Umständen im Organismus gewissermassen latent zurückbleiben kann. Auf den Einfluss der Milch als eines Infectionsträgers wurde genau Acht gegeben und das Ergebniss dieser Untersuchungen ist, dass gewöhnlich in Verbindung mit den Epidemien von Milch-Diphtherie sich die offenbar alltäglichsten Erkrankungen der Milchkühe auffinden liessen.

Die Folge der Vorträge ist noch besonders in Buchform veröffentlicht worden, wobei noch eigene Capitel über die Prophylaxe der Krankheit, ihr Incubationsstadium und ihre Beziehung zum Croup hinzugefügt sind.

MACKENZIE-JOHNSTON.

97) **Redactionelle Notiz. Die Diphtheritis in Heywood. (Diphtheria at Heywood).** *Lancet. 31. October 1891.*

Eine Bemerkung des Herausgebers von localem Interesse.

MACKENZIE-JOHNSTON.

98) **John Bowie** (Blantyre, Afrika). **Ein Fall von Diphtherie oder Croup in Central-Afrika. (Case of diphtheria or croup in central Africa.)** *Lancet. 19. September 1891.*

Krankengeschichte des Falles, der ein Interesse dadurch beansprucht, dass er in einem Lande vorkommt, in dem die Krankheit sonst unbekannt ist. Der Verf. hebt hervor, dass wenn der Croup eine besondere Krankheit für sich bildet, der Fall sehr wohl durch die feuchte, dumpfige Luft bedingt sein kann; wenn aber ein besonderer specifischer Bacill zur Erzeugung der Krankheit nöthig sei, dann wäre es schwer zu verstehen, wo dieser Bacill in dem einen ganz vereinzelten Falle mitgetheilt worden sein kann. MACKENZIE-JOHNSTON.

99) **L. L. Ledbetter. Diphtheritische Laryngitis. (Diphtheritic laryngitis.)** *Virginia Med. Monthly. Juni 1891.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

100) **Lyonnet. Die articulären und periarticulären Complicationen bei Diphtherie. (Des complications articulaires et periarticulaires de la diphthérie.)** *Lyon médical. 4. Januar 1891.*

L. berichtet über zwei eigene Beobachtungen und knüpft daran eine allgemeine Betrachtung über diese Frage, über die die Mehrzahl der Autoren entweder vollständig hinweggeht oder doch nur mit so kurzen Worten, als ob die Arthropathie eine ganz ausnahmsweise Complication wäre. E. J. MOURE.

101) **Girode. Diphtheritis und Gangrän. (Diphthérie et gangrène.)** *Revue de méd. de Paris. 1891. 61—74.*

Verf. zeigt, dass die Diphtheritis nicht rein exsudativ zu bleiben braucht sondern zur Usur und zur moleculären Zerstörung des Gewebes führen kann, derart, dass eine gangränöse Erweichung zu Stande kommt. Die Diphtheritis kann sich also mit Gangrän compliciren und es giebt zwischen beiden Processen, wie sehr sie auch ihrem Wesen nach von einander verschieden sind, manchen Berührungspunkt. E. J. MOURE.

102) **Clifford Beale** (London). **Complete Rachen- und Kehlkopflähmung nach Diphtherie. Starke Erschöpfung — Besserung nach subcutanen Strychnininjectionen. (Complete paralysis of pharynx and larynx after diphtheria: extreme prostration: recovery after subcutaneous injections of strychnine.)** *Brit. Med. Journ. 30. Mai 1891.*

Der Fall war ein ausserordentlich schwerer und zeigt, dass eine Heilung selbst nach den hochgradigsten Lähmungen noch möglich ist. Der Kranke befand sich in einer extremen Erschöpfung, er war nicht im Stande, sich zu bewegen und konnte nicht expectoriren, ohne dass man ihn umkehrte, bis die Injectionen begannen. — Ausser der Thatsache der Wiederherstellung selbst, ist die Beobachtung von Interesse, dass die Lähmung der Adductoren der der Abductoren folgte, während der Heilungsprocess den umgekehrten Weg einschlug, wie dies Semon (vor mir schon Elsberg. F. S.) bereits gezeigt hat. MACKENZIE-JOHNSTON.

103) **Dujardin-Baumetz. Prophylactische Massnahmen gegen Variola, Diphtherie und Typhus. (Mesures prophylactiques contre la variole, la diphthérie et la fièvre typhoide.)** *Tribune médicale. 5. Februar 1891.*

Verf. bespricht die verschiedenen Maassnahmen, die zu ergreifen sind in Bezug auf Transport und Isolirung der Kranken, vor allem aber in Bezug auf die Desinfektion aller Gegenstände, die mit dem Kranken in Berührung gekommen sind, sowie der Krankenzimmer. E. J. MOURE.

104) **A. Cantani. Die Behandlung der Diphtheritis. (Cura della difteria.)** *Bollet. delle Cliniche. 1—4. 1891.*

Eine klinische Vorlesung. CARDONE.

105) **J. Burghardt. Die Mittel gegen Diphtherie. (Therapeutics of diphtheria.)** Verlag von J. H. Vail & Co.

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

106) **Wm. S. Barker. Hypodermatische Injectionen bei Diphtherie. (Hypodermatic injections in diphtheria.)** *Philad. Med. News. 28. Novemb. 1891.*

B. berichtet über eine Anwendung der Seibert'schen Spritze, durch die er einen erheblichen Erfolg erzielte: durch Injection von Strychnin. sulfur. in die Rachenmuskeln bei post-diphtheritischer Lähmung; 0,6 einer wässrigen Lösung von 0,06 : 30,0 wurden täglich injicirt. LEFFERTS.

107) **A. J. Rosenberry. Die Behandlung der Kehlkopfdiphtherie. (Treatment of laryngeal diphtheria.)** *Therapeutic Gazette. 16. November 1891.*

R. giebt grössere Dosen Eisentinctur mit geringen Mengen Kali chloricum 2 stündlich; ferner alle 2 Stunden Chinin sulfuricum 0,15; Whisky 2—4 Theelöffelvoll in der Stunde, Einblasungen von Schwefel 2 stündlich und mittelst des Dampf-Zerstäubungsapparats Ol. Eucalyptus 4,0, Ol. Terebinth. 4,0, Ol. Vaselini 180,0 $^1/_2$ stündlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

108) **J. S. Kennedy. Die Wirkung von Calcium sulfur. bei Diphtheritis und Catarrh. (Action of sulpho-calcine in diphtherie and catarrh.)** *Med. Bulletin. März 1891.*

K. publicirt 3 Fälle von Diphtheritis, die durch die häufige lokale und interne Anwendung von Calcium sulfur. geheilt wurden; ferner einen Fall von chronischem Catarrh, der seit 20 Jahren bestand und der sich unter dieser Behandlung besserte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

109) **Turner. Paraffin bei Diphtherie. (Paraffin in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 19. December 1891.*

Verf. hat vortreffliche Resultate bei der Behandlung der Diphtherie durch die lokale Application von Paraffin erzielt. Die Applicationen erfolgen 1 stündlich mittelst eines Kameelhaarpinsels und zwar wird das gewöhnliche Oel, wie es in Lampen zur Verwendung kömmt, benutzt. LEFFERTS.

110) **De Ruelle. Quecksilbercyanid bei Diphtherie. (Cyanide of mercury in diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 19. December 1891.*

Verf. rühmt sich guter Erfolge bei der Diphtherie-Behandlung mit der internen Darreichung von Quecksilbercyanid, das er nach folgendem Recept gab.

Rp. Quecksilbercyanid 0,03
Alcohol (90 $^0/_0$) 6,0
Aq. destill. 120,0
M. D. S. stündlich 1 Theelöffel. LEFFERTS.

111) **F. P. Wilson. Erfolgreiche Behandlung der Diphtheritis. (Successful treatment of diphtheria.)** *Med. Age. 26. Januar 1891.*

Innerhalb 18 Monate wurden 67 Fälle von Diphtherie mit Applicationen

von Eis oder Schnee, Acetanilid und Natrium bicarbonicum erfolgreich behandelt.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) D'Astros. **Die Diphtheritis im Jahre 1890—91; ihre Behandlung mit Eis und die Kehlkopfintubation. (La diphthérie en 1890—91; le traitement par la glace, l'intubation du larynx.)** *Marseille méd. XXVIII. 461—493—506—557.*

Verf. stellt die Croupfälle zusammen, die in den Jahren 1890 u. 91 zur Beobachtung kamen, und bespricht den Werth der Behandlung mit Eis, das er für gewisse Fälle von Diphtherie als ein nützliches Adjuvans ansieht. Weiterhin erörtert er den Werth der Intubation und ihre Zweckmässigkeit für gewisse Fälle.
E. J. MOURE.

113) B. Wolff. **Intubation des Larynx wegen diphtheritischer Stenose; kurzer Bericht über die Operation nebst einigen praktischen Anregungen. (Intubation of the larynx for diphtheritic stenosis with a short account of the operation and some practical suggestions.)** *Virg. Med. Monthly. September 1891.*

W. glaubt, dass die Intubation in kurzem die Tracheotomie ganz verdrängen wird.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) F. Egidi (Rom). **60 Kehlkopfintubationen wegen Croup als statistischer Beitrag. (60 intubazioni della laringe per croup come contributo alla statistica.)** *Bollet. delle malat. di gola etc. December 1891.*

Von E. bereits auf dem Congress zu Siena mitgetheilt (cfr. Centralbl VIII. Heft 10).
CARDONE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

115) Giacomini. **Einige anatomische Besonderheiten bei den Negern. — Kehlkopf. (Su alcune particolarita anatomiche negli uomini negri. — Laringe.)** *R. Acad. Med. de Turin Riforma Medica. 8. December 1891.*

Bezüglich des Kehlkopfs kann G. nach seinen Untersuchungen an 16 Individuen die von Grupp hervorgehobenen Besonderheiten nicht anerkennen. Hierzu gehört das häufige Vorhandensein des oberen Endes des Wrisberg'schen Knorpels bei den Negern, das man angeblich bei Individuen unserer Rasse nicht treffen soll. G. hat es bei 16 Negern beobachtet, allein dasselbe sah er auch bei 100 Kehlköpfen von Leuten weisser Rasse.

Was die Schrägstellung der Stimmbänder von oben nach unten und von aussen nach innen anlangt und den Ventriculus Morgagni in Sackform, so konstatirte G. bei den 16 untersuchten Negern 10 mal eine horizontale Stellung, 3 mal eine Schrägstellung nach oben aussen und 3 mal nach unten und innen. Aber auch bei Weissen hat G. häufig diese Grupp'sche Schrägstellung beobachtet.

G. hat den Larynx mehrerer anthropomorpher Affen untersucht und hat bemerkenswerthe Differenzen constatirt.
CARDONE.

116) W. H. Howell und G. C. Huber. Die Physiologie des Verbindungsastes zwischen dem N. laryngeus superior und inferior. (Physiology of the communicating branch between the superior and inferior laryngeal nerves.) *Journ. of Physiology. Vol. 12. No. 5.*

Nichts von Interesse für den Laryngologen; die Experimente wurden hauptsächlich an Hunden angestellt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

117) Pineles. Die Degeneration der Kehlkopfmuskeln beim Pferde nach Durchschneidung des Nervus laryngeus superior and inferior. *Pflüger's Archiv. Bd. XLVIII. 1891.*

Miller machte die Beobachtung, dass nach Durchschneidung des oberen Kehlkopfnerven beim Pferde die sämmtlichen Kehlkopfmuskeln der verletzten Seite atrophiren. Exner erkannte, dass die Durchschneidung dieses sensiblen Nerven sofortigen und dauernden Stillstand der Bewegungen der betreffenden Kehlkopfhälfte herbeiführt, er betrachtete demgemäss den Muskelschwund als Folge der Inactivität. P. hat nun die entarteten Muskeln einer näheren Untersuchung unterzogen und sie mit denen eines anderen Pferdekehlkopfes verglichen, dessen N. recurrens vor längerer Zeit durchschnitten worden war. Der Degenerationsprocess in den Muskeln der beiden Kehlköpfe war ein ganz verschiedener. Bei demjenigen, dessen N. recurrens durchschnitten war, fand sich einfache Verschmächtigung des Kalibers der Muskelfasern und eine beträchtliche Wucherung des interstitiellen Bindegewebes. Bei dem anderen Kehlkopfe fanden sich neben stark verdünnten deutlich gequollene Muskelfasern, die Muskelkerne zum Theil beträchtlich vermehrt. Das Interstitialgewebe nur mässig vermehrt. Diese Veränderung erinnert, wie P. hervorhebt, an die von Erb als Dystrophia muscul. beschriebene Muskelerkrankung. SEIFERT.

118) Demeny. Die Untersuchung der Phonation durch die Chronophotographie. (Etude de la phonation par la chronophotographie.) *Academ. des sciences de Paris. 20. Juli 1891.*

Die Methode der Analyse durch die Chronophotographie, die Marey so zweckmässig für das Studium der Bewegungen im allgemeinen eingerichtet hat, lässt sich auch für die Bewegungen der Gesichtsmuskeln verwerthen. Verf. hat die Bewegungen der Lippen eines sprechenden Menschen analysirt und die erhaltenen Bilder sprechen ganz deutlich dafür, dass die Form des Mundes bei der Articulation der verschiedenen Laute eine ganz bestimmte ist. Nach diesen Bildern hat der Verf. einen Zootrop construirt, der die natürlichen Bilder täuschend wiedergiebt. Ein Taubstummer, der gewöhnt ist, die Laute von den Lippen zu lesen, kann auf dieselbe Art die Bilder, die der Zootrop nach einander vorführt, lesen. J. BARATOUX.

119) Nicaise. Zur Physiologie der Stimme; die Erweiterung der Trachea bei Sängern. (Physiologie de la voix, dilatation de la trachée chez les chanteurs.) *Revue de Chirurgie (Paris). XI. p. 613—621.*

Nicaise sagt in seiner Arbeit, dass die Trachea bei der Erzeugung der Töne eine active Rolle spielt und dass Veränderungen in ihrer Structur oder

Form verschiedene Störungen in der Phonation hervorbringen können, Störungen, die man bisher auf Processe an den Stimmbändern zurückgeführt hat.

E. J. MOURE.

120) **Thora K. Bjorn. Die Thätigkeit der Stimmorgane beim Singen. (The action of vocal organs in singing.)** *N. Y. Med. Journ. 5. Dec. 1891.*

Die neue physiologische Lehre macht es möglich, meint B., die Stimmbänder in ihrer ganzen Ausdehnung in Anspruch zu nehmen, derart, dass sie bei dem Intonationsprocess von dem wirklichen Insertionspunkt bis zu dem der anderen Seite mitwirken. Diese Art der Intonation ist aber natürlich nicht identisch mit dem „Anstreichen der Glottis", das nur ein Substitut für die wahre musikalische Intonation geworden ist, in Wirklichkeit aber nichts als ein schnelles Sich-Nähern der „Stimmbänder" durch die Inspiration oder das Austreiben der Luft durch die Trachea ist.

Ebenso lässt es sich beweisen, dass niemals von einem „Klappenschluss" die Rede sein kann, wenn man die lateralen und die hinteren Cricoidmuskeln richtig in Betracht zieht. Diese können nicht gleichmässig angespannt werden, oder aber es bleiben die natürlichen Passagen für die Luft offen.

Die Trachea, Bronchien und Lunge erfasst man nicht richtig in ihrer Beziehung zur Stimme. Dementsprechend wurden die Verhältnisse der Inspiration nur von einem Sänger richtig gewürdigt, von Rubini.

Es kommt auf die Glottis und die Trachea an, ob wir die Lungen und die Luftwege in einer leichten und gleichmässigen aber beständigen Activität erhalten.

LEFFERTS.

121) **Ssikorski** (Kijew). **Ueber das Stottern.** (Ins Deutsche übertragen von Dr. V. Hinze.) Berlin, Aug. Hirschwald. 1891.

Das umfangreiche Buch enthält einen historischen Umriss der Lehre vom Stottern, die Symptomatologie des Stotterns, Verlauf, Aetiologie, Pathologie und Behandlung des Stotterns. Das statistische Material des Verf.'s umfasst fast ausschliesslich Kinder im schulpflichtigen Alter von 10—21 Jahren, im Ganzen 22 879 schulpflichtige Kinder beiderlei Geschlechts. Von diesen litten 360 an Stottern, was 15,73 pCt. ausmacht.

Auffallend erscheint, dass S. über gewisse Abnormitäten der Mund- und Rachenhöhle bei Stotterern (Deformationen des Kiefers, Gaumens, fehlerhafte Stellung und mangelhafte Zahl der Zähne) nur kurz hinweggeht und sie einfach als Degenerationszeichen ansieht. Dagegen wird in dem gleichen Capitel (Aetiologie des Stotterns) dem Schreckmoment eine grosse Bedeutung beigelegt.

S. fasst das Stottern als eine functionelle Störung des Sprachcentrums auf.

SEIFERT.

122) **John Wyllie** (Edinburgh). **Ueber das Stottern und das Studium des Alphabets. (On stammering and on the study of the alphabet.)** *Edinburgh Med. Journ. October 1891.*

Verf. zieht in der Einleitung seiner Arbeit einen Vergleich zwischen der Thätigkeit eines Violinspielers und der eines Redners; er zeigt, dass wie beim

Violinspielen die zwei Hände in exacter Coordination zusammenwirken, so in ganz ähnlicher Weise auch beim Reden zwei Mechanismen einander coordinirt sind: diese zwei Mechanismen sind der der Stimme und der der Artikulation durch den Mund. Verf. schliesst sich der von Arnoff, Melville Bell, Kussmaul, Merkel u. a. vertretenen Ansicht an, dass das Stottern in der grossen Mehrzahl der Fälle bedingt ist durch einen Mangel an Fertigkeit seitens des vokalen Mechanismus beim Inangriffnehmen der ersten Sylben der Worte. Kommt nun der richtige Ton nicht zu Stande, so wendet der Stotterer, über die Quelle der Schwierigkeit sich nicht klar, eine vermehrte Energie von Seiten der Organe der oralen Artikulation, anstatt von Seiten der Stimmorgane auf. Die Nervencentren dieser Organe werden auf diese Weise überangestrengt; der Ueberfluss an Kraftaufwand kann nun von ihnen in andere und benachbarte Nervencentren übergehen und komplikatorische Krämpfe in Muskeln erregen, die gar nicht innervirt werden sollten. Der Verf. stimmt mit den obengenannten Autoren auch darin überein, dass man alles thun muss, um ganz besonders das vocale Element beim Sprechen zu kultiviren: dass z. B. der Pat. lernen soll, mit erhobener Stimme zu sprechen; dass man ihm empfehlen soll, täglich laut zu lesen; dass er, wenn er irgend musikalisches Gehör besitzt, den Gesang pflegen soll. Doch der Verf. geht noch weiter. Er hält dafür, dass man dem Pat. eine genaue Kenntniss der Buchstaben-Elemente beibringen muss, aus denen sich die Sprache zusammensetzt. Einen Hauptzug der W.'schen Arbeit bildet das physiologische Alphabet mit seinen Illustrationen, das W. für den Unterricht der Stotterer sich hat zeichnen lassen. Dieses Alphabet ist in einer ziemlich neuen Weise konstruirt und auch die Terminologie, die zur Verwendung kommt und die z. Th. neu ist, ist einfach und sehr leicht zu erlernen. Dies Alphabet trennt scharf die stimmlichen von den stimmlosen Elementen der Sprache und der Stotterer lernt daraus, seine Stimme den Elementen, die der Stimme benöthigen, mit voller Kraft zuzuwenden, dagegen die stimmleeren nur leise anzudeuten. Das Alphabet lässt sich leicht so modificiren, dass es für die deutsche oder die französische Sprache brauchbar wird. Der vokale Mechanismus ist es, der in der grossen Mehrzahl der Fälle durch einen Mangel an Promptheit den Sprachfehler veranlasst; der Verf. weist jedoch darauf hin, dass in einigen Ausnahmefällen dieser Mangel an Promptheit doch in dem oralen Artikulationsmechanismus und in ein paar anderen Fällen schliesslich in beiden Mechanismen zu gleichen Theilen liegt.

Der Verf. bedauert, Kussmaul darin nicht folgen zu können, dass er den Worten Stammeln und Stottern verschiedene Bedeutung unterlege. Das englische Wort „Stammering“ in demselben Sinne zu gebrauchen, wie deutsche Autoren jetzt Stammeln anwenden, hiesse die natürliche Bedeutung des Wortes verdrehen.

P. M'BRIDE.

123) **John Wyllie** (Edinburgh). **Störungen der Sprache No. II. (Disorders of speech No. II.)** *Edinburgh Med. Journ. November 1891.*

Verf. beschäftigt sich hauptsächlich mit der Physiologie des Flüsterns, der hysterischen Aphonie und der hysterischen Stummheit.

Was das Flüstern anlangt, so hält W. die Lehre der englischen Physiologen für falsch, dass das Flüstern ohne Betheiligung des Larynx entstehen soll. Der Verf. ist mit Brücke und Czermak einverstanden, welche auf das Zusammenwirken von Kehlkopf- und Mundmechanismus verweisen. Bei der hysterischen Aphonie kann der Pat. flüstern, der Larynx bringt die Flüstertöne hervor, ist jedoch nicht im Stande, Stimme zu bilden. In Fällen von hysterischer Stummheit ist auch jenes nicht möglich, der Larynx versagt ganz. In anderen Fällen kann der Pat. Kehlkopftöne hervorbringen, allein er kann nicht sprechen, weil der Mundmechanismus nicht klappt. Der Verf. hält beide Mechanismen für nothwendig zum Sprechen und schon die Unfähigkeit des einen kann zur Stummheit führen. Der Verf. führt dies näher aus durch eine Analyse der Natier'schen Fälle.

Die Arbeit enthält viel anregende Gedanken und sollte im Original gelesen werden. P. M'BRIDE.

124) **John Wyllie** (Edinburgh). **Sprachstörungen No. III. (Disorders of speech No. III.)** *Edinburgh Med. Journ. December 1891.*

Der Verf. beginnt mit einigen Bemerkungen über gewisse Punkte in der Physiologie der Stimmbildung, und geht dann zu den Störungen der professionellen Redner über. Er handelt zuerst von den laryngealen Störungen; er berührt flüchtig die Catarrhe etc. und wendet sich dann mit besonderem Nachdruck den Ermüdungsneurosen zu, die er nach B. Fränkel's Eintheilung klassificirt. Bei der Besprechung der spasmodischen Form meint W., dass die falschen Stimmbänder sich über den wahren schliessen und die wahren während des Krampfes dem Blick sich vollständig entziehen müssen. In seiner These vom Jahre 1865 bewies Verf., dass die falschen Stimmbänder und die Ventrikel sich bei jeder Stimmanstrengung schliessen und eine nach unten gerichtete Tasche bilden; seine Schlüsse wurden von Brunton u. Cash 1883 bestätigt.

Der Verf. zeigt, dass in manchen Fällen von professioneller Ueberanstrengungsneurose des Stimmmechanismus der respiratorische Theil dieses Mechanismus Innervationsstörungen zeigt. Er erwähnt zwei Fälle, von denen der eine einen Prediger betrifft, der nach jeder stärkeren Anstrengung einen hartnäckigen Husten bekam, welchen Verf. auf ein Uebergehen des Reizes von dem Phonations- auf das Hustencentrum zurückführt, in dem anderen Falle war der ganze Athmungsmechanismus gestört, der Pat. hatte Schwierigkeiten beim Inspirium wie wie beim Exspirium. In diesem Falle war der orale Mechanismus aber auch gestört, der Pat. hatte Schwierigkeiten beim Aussprechen des „g“ und des „o“; er konnte namentlich den letzteren Buchstaben nicht aussprechen ohne dabei zu hauchen, so dass aus „o“ ein „ho“ wurde. P. M'BRIDE.

125) **Sommer. Zur Pathologie der Sprache.** *Zeitschr. f. Psychol. und Physiol. der Sinnesorgane. Hamburg u. Leipzig. 1891. II. 143—163.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

126) **Bloch** (Freiburg). **Zur Pathogenese des Stotterns.** *Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 4.* 1891.

B. giebt in dem vorliegenden kleinen Aufsatze eine Erklärung, in welcher

Weise bei Kindern mit Nasen- und Rachenleiden, welche die Nasenathmung stören und zur Mundathmung veranlassen, das Stottern zu Stande kommt. Haben die Kinder einmal die ständige Mundathmung angenommen, so bereitet sie solchen Kindern Schwierigkeiten beim Versuche zu sprechen, welche keine hinlänglich grosse geistige Kraftanstrengung aufzubieten vermögen, um die zur Articulation erforderlichen Stellungen von Gaumen, Zunge, Lippen und Unterkiefer zu Wege zu bringen. SEIFERT.

127) **Gutzmann. I. Prognose des Stotterns. II. Zur Hygiene der Sprache des Kindes. III. Ueber Näseln. IV. Hörrohr für die Nase.** *Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk.* 1891.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

128) **Bloch** (Freiburg). **Ueber Sprachgebrechen.** *Aerztl. Mittheil. aus u. für Berlin.* 1891. *15.*

Durch eine Besprechung der beiden Hauptarten der Sprachstörungen, des Stotterns und des Stammelns, mit Hinweis auf die Häufigkeit solcher Sprachgebrechen und den Zusammenhang zwischen gewissen pathologischen Zuständen der obersten Luftwege und Stottern sucht B. das Interesse der praktischen Aerzte an solchen Leiden zu wecken. Es wäre dringend zu wünschen, dass dieses Interesse bei den Aerzten wachsen und dass auch die Staatsbehörden allseitige statistische Erhebungen über diese Sprachstörungen veranlassen möchten.

SEIFERT.

129) **Treitel. Stammeln als Folge von Stottern.** *Berliner klin. Wochenschrift.* 1891. *No. 39.*

Stammeln combinirt mit Stottern kommt öfter vor, ja giebt in der Jugend nicht selten die Ursache für die Entstehung des Stotterns ab. Verf. beschreibt einen Fall, in welchem das Stottern eine solche Entstellung der einzelnen Laute erzeugt hat, dass man von Stammeln i. e. die Unfähigkeit, den einzelnen Laut auszusprechen, reden kann. LANDGRAF.

130) **Arthur G. Hobbs** (Atlanta). **Die Stimme und ihre Behandlung. (The voice and its treatment.)** *Journ. of Laryngol. November* 1891.

H. berücksichtigt in seiner Arbeit vornehmlich die verschiedenen pathologischen Zustände im Pharynx, Nasopharynx und in der Nase, welche die Sing- und Redestimme beeinträchtigen. MACKENZIE-JOHNSTON.

131) **Procter S. Hutchinson** (London). **Fälle von vermuthlicher peripherer Neuritis der Nn. laryngei. (Cases of suppord peripheral neuritis of laryngeal nerves.)** *Brit. Med. Journ. 18. Juli* 1891.

Verf. berichtet über 5 Fälle, in denen complete Lähmung eines Stimmbandes vorlag; dieselbe war plötzlich zum Ausbruch gekommen, ohne Schmerz und ohne jedes weitere Symptom ausser der Aphonie. In keinem dieser Fälle liess sich irgend ein Zeichen von einem Druck entdecken, doch in 3 Fällen ergab sich anamnestisch ein Rheumatismus.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Thatsache, dass manche Nerven

mit Lähmungserscheinungen erkranken können in Folge von Erkältung oder Zug; doch im allgemeinen sind diese Lähmungen vorübergehender Natur, während die Affection der Kehlkopfnerven nach ihrem Erscheinen auch permanent zu sein scheint. Der Verf. stellt einen Vergleich an mit der Häufigkeit des „Roaring" bei Pferden nach Erkältung oder Ueberanstrengung und mit der Thatsache, dass die Section so selten eine Ursache für einen Druck ergiebt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

132) **Linkenheld. Nervöser Kehlkopfhusten bei einem 11jährigen Jungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 10.* 1891.

Ein mit nervösem Husten behafteter Junge, bei dem die Anfälle durch das Lesen, Schreiben, Sichankleiden auftraten, und bei dem alle Mittel vergeblich waren, wurde endlich gebessert durch die Application der trockenen Lucae'schen Nasendouche und schliesslich geheilt durch die zufällige Application einer kalten Douche.

SCHECH.

133) **Baumel. Keuchhusten bei Kindern. (De la coqueluche chez l'enfant.)** *La clinique. 1. Janv.* 1891.

Klinische Vorlesung; besonders hervorgehoben wird die Complication der Syncope, welche Verf. bei seinem eigenen Kinde erfahren hat und die sich zwei Mal wiederholt hatte, das erste Mal mit $^3/_4$ stündiger und das zweite Mal 3 Tage darauf mit $^1/_4$ stündiger Dauer.

BAYER.

134) **Ullmann** (Berlin). **Beobachtungen über Keuchhusten.** *Arch. f. Kinderheilk. XIV. 1. 2.* 1891.

In der Poliklinik des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses kamen zur Beobachtung 66 Fälle von Keuchhusten. Es ergab sich, dass die unter Behandlung mit schwefliger Säure oder Bromoform vorkommenden Besserungen sich auch unter Behandlung mit anderen (auch indifferenten) Mitteln zeigten, dass die unter letzteren vorkommenden Verschlimmerungen auch durch jene beiden nicht verhütet werden, dass die Dauer der Krankheit durch sie nicht verkürzt, Recidive ebensowenig verhütet werden.

SEIFERT.

135) **F. M. Zane. Phenacetin bei Keuchhusten. (Phenacetine in whooping cough.)** *Kansas City Med. Record. Octob.* 1891.

Z. gab einem 4 Tage alten Kinde 2stündlich 0,05 g; das Kind kam durch.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

136) **Redactionelle Notiz. Naphthalin bei Keuchhusten. (Naphthalin in whooping cough.)** *Lancet. 21. Nov.* 1891.

Eine Notiz des Herausgebers lenkt die Aufmerksamkeit auf die von Chavernac (Aix) angestellten Beobachtungen über die Heilbarkeit des Keuchhustens durch Naphthalininhalationen. Dieser versuchte das Mittel zuerst zufällig bei seinem Sohne und zwar mit so gutem Erfolge, dass er es dann bei den Kindern einer Schule, in der 30 Erkrankungen vorkamen, anwendete. Nachdem 2 Nächte hindurch Naphthalin in dem Schlafsaal verbrannt war, waren alle Kinder geheilt. Bei diesen Versuchen kam ein merkwürdiges Factum zur Beobachtung: in

2 Fällen, in denen die Dämpfe reizend wirkten, fand man bei der Untersuchung ganz unerwartet die Zeichen einer beginnenden Phthise. Chavernac hält danach das Naphthalin für contraindicirt bei phthisischen Individuen und glaubt, dass es bisweilen zur Feststellung bis dahin nicht constatirter Tuberculose dienen könne.

MACKENZIE-JOHNSTON.

137) **Amos Sawyer. Antipyrin bei Keuchhusten. (Antipyrin in whooping cough.)** *Phil. Med. News.* *28. Nov.* 1891.

In den Keuchhustenepidemien verliess sich S. seit 3 Jahren vollständig auf das Antipyrin; er erreichte die Heilung in 10—20 Tagen; die geringste Zeit betrug 7 Tage, der Durchschnitt 14 Tage. Seine Absicht ging dahin, den Hustenanfällen zuvorzukommen; er gab deshalb das Mittel alle 3 bis 4 Stunden am Tage am Anfang; später wenn die Krankheit nachliess, liess er längere Zwischenzeiten zwischen den einzelnen Gaben.

LEFFERTS.

138) **A. Neovius** (Finland). **Ein werthvolles Mittel gegen Keuchhusten. (Ett värdefullt medel emot kikhosta.)** *Finska läk. sällsk. handl.* 1891. *XXIII. 188—192.*

Nicht zugänglich.

SCHMIEGELOW.

139) **J. H. Bryan. Laryngismus stridulus in Folge von angeborener klappenartiger Bildung der oberen Oeffnung des Kehlkopfs. (Laryngismus stridulus due to a congenital valvular formation of the upper orifice of the larynx.)** *Journ. Am. Med. Assoc.* *3. Octob.* 1891.

Dieser Zustand, der öfters Ursache erschwerter Athmung bei Kindern ist, ist häufig übersehen worden. Der Spasmus ist dabei beständiger als bei vielen anderen Formen von Laryngismus, er ist bis zu einem gewissen Grade auch während des Schlafes vorhanden und wird durch Erregungen, wie plötzliches Erwachen aus dem Schlafe, Schreien etc. erheblich gesteigert.

Dr. Less, ein englischer Arzt, fand bei der Section eines Falles, der aus anderen Ursachen gestorben war, die Epiglottis ausserordentlich stark um ihre verticale Axe gekrümmt, „wie in der Mitte abgebogen"; dadurch waren die aryepiglottischen Falten dicht beieinander gestellt.

Verf. berichtet über einen Fall, in dem die Symptome sehr ausgesprochene waren; dieselben verschwanden, als das Kind seine Milch verdünnter erhielt und nachdem die Circumcision gemacht worden war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

140) **Paul Constantin. Stridulöse Laryngitis geheilt durch die forcirte Dilatation des Larynx. (Laryngite striduleuse guerie par la dilatation forcée du larynx.)** *Semaine méd.* *p. 493.* 1891.

Die Dilatation wurde bei einem jugendlichen Kinde mit dem Labordeschen Dilatator erfolgreich ausgeführt.

J. BARATOUX.

141) **Charles A. Morton** (Bristol). **Hysterische laryngeale Dyspnoe. (Hysterical laryngeal dyspnoe.)** *Brit. Med. Journ.* *30. Mai* 1891.

M. berichtet über einen Fall von starker Dyspnoe bei einem jungen Mädchen. Vor dem Anfall hatte die Pat. über Steifigkeit in den Rückenmuskeln

geklagt. Die Anwendung des elektrischen Stromes brachte unmittelbare Besserung und ein Recidiv trat nicht ein. MACKENZIE-JOHNSTON.

142) **Roquer y Casadesus** (Barcelona). **Ueber einen Fall von Ictus laryngeus. (Sobre un caso de ictus laringeo.)** *Revista de laringologia, otologia y rinologia.* 1891. *April.*

In dem vom Verf. beobachteten Falle traten die Erscheinungen in folgender Reihenfolge auf: Kitzel im Kehlkopf, Krampfhusten, geräuschvolles Athmen, blaue Verfärbung des Gesichtes und Verlust des Bewusstseins. Nach wenigen Augenblicken war Alles wieder in Ordnung. Verf. bespricht die über die Pathogenese solcher Zustände geäusserten Ansichten und erklärt sich zu Gunsten der Hypothese eines Krampfes der Stimmbänder. Verschluss der Glottis, Erstickung und entsprechender Congestionszustand der Nervencentren. GONGORA.

143) **H. Burger. Die laryngealen Störungen der Tabes dorsalis.** Leiden 1891.

Ganz ausgezeichnete und das Thema der laryngealen Störungen der Tabes dorsalis nach dem Standpunkt der neuesten Forschungen auf diesem Gebiete erschöpfende Monographie, bestehend aus 7 Kapiteln nebst Zusammenfassung. Der Autor theilt 22 neue Beobachtungen mit. Sehr bemerkenswerth ist unter Andern das Kapitel über tabische Kehlkopfparalysen, deren Prototypus die Posticuslähmung ist und deren Zustandekommen in der Frage „ob primäre Contraktur oder primäre Paralyse" beweiskräftig ist. — Wie gesagt wir empfehlen die Abhandlung auf's Wärmste. (Vgl. Centralblatt VIII, 351. Red.) BAYER.

144) **G. Ficano. Hysterische Stummheit; Heilung durch Suggestion im wachen Zustand. (Mutismo isterico: guarigione per suggestione allo stato di veglia.)** *Gazzetta degli ospitali. 11. Octob.* 1891.

Der Titel sagt genug. CARDONE.

145) **Dufour. Hysterische Lähmung der Glottiserweiterer. (De la paralysie hystérique des dilatateurs de la glotte.)** *Thèse de Montpellier. 9. Juni* 1891.

Diese Form der Lähmung ist selten; sie kommt unter dem Einfluss verschiedener Ursachen zu Stande, an erster Stelle wären die von der genitalen Sphäre ausgehenden Störungen zu nennen. Die Lähmung kann eine der ersten Aeusserungen der Neurose sein. Die Differentialdiagnose gegen den Spasmus der Adductoren, die oft Schwierigkeiten hat, wird sich auf die Eigenthümlichkeiten des laryngoskopischen Bildes und auf die Dauer des Leidens, das im Falle der Lähmung viel länger währt, stützen müssen. Die Prognose ist weniger schwer, als man beim ersten Anblick wohl meinen sollte. Die Behandlung besteht in der Elektricität (hauptsächlich faradische Ströme), ableitenden Mitteln, Hydrotherapie, Bromkali und in gewissen Fällen, in denen die Unterscheidung von dem Spasmus glottidis eine schwankende ist, giebt man Anästhetica. In letzter Linie und wenn alle andere Mittel nicht zum Ziel geführt haben, wird man zur Intubation oder zur Tracheotomie seine Zuflucht nehmen.

E. J. MOURE.

146) **P. Verdós y Maurí** (Barcelona). **Die Taubstummheit und ihre Heilbarkeit. (La sordomudez y su curabilidad.)** *Gaceta médica catalana.* 1891. *No. 12—19.*

Die Arbeit stellt eine vollständige Monographie dar, die in den engen Grenzen eines Referats in ihrer ganzen Bedeutung und Ausdehnung nicht wiedergegeben werden kann und die im Originale gelesen zu werden verdient.

GONGORA.

147) **Déjérine. Subcorticale motorische Aphasie und halbseitige Kehlkopflähmung. (Aphasie motrice sous-corticale et paralysie laryngée unilaterale.)** *Bulletin méd. 4. März* 1891.

Der Fälle von subcorticaler motorischer Aphasie, die während des Lebens diagnosticirt wurden, giebt es nicht zahlreiche. — Der Verf. verfügt über zwei Fälle, bei denen ausserdem noch eine Lähmung des rechten Stimmbandes bestand; es sass die Läsion in der weissen Substanz unterhalb der Rindencentren für die Kehlkopfnerven. E. J. MOURE.

148) **G. Avellis. Klinische Beiträge zur halbseitigen Kehlkopflähmung.** *Berl. Klinik.* 1891. *XL.*

1. Statistische Daten über 150 Fälle von halbseitiger Kehlkopflähmung. In 7 Fällen war die Ursache tuberculöse Infiltration der rechten, in 5 der linken Lungenspitze, in 7 Drüsengeschwulst am Halse, in 2 Abscess der Halswirbel, in 14 Struma, in 1 Pericarditis, in 5 Oesophagustumor, in 24 Aneurysma, in 5 cerebrale Erkrankungen, in 1 entstand die Lähmung nach Operation der Struma, in 1 nach Tracheotomie (?), in 3 nach Lues, in 1 Lues hereditaria, in 1 war sie angeboren, in 1 nach Schrotschuss in die Axilla (?), 2 Fälle nervöse Contractur oder Lähmung (?), ferner 2 Fälle von Pleuritis sicca, 1 nach Diphtherie, 1 mit Bronchialdrüsen und 1 mit Furunkel am Halse — 85 Fälle; in den übrigen ist der Aetiologie dunkel geblieben. Es waren 106 Männer und 44 Weiber, rechts war die Lähmung 46 mal, links 92 mal, doppelseitig 12 mal, unter 24 Aneurysmen 2 W., unter 14 Strumen 9 M., 10 mal Complication mit halbseitiger Gaumensegellähmung.

2. Bericht über einen Fall von halbseitiger Paralyse und Anästhesie des Kehlkopfs und des weichen Gaumens mit ausgebreiteter Hemianästhesie und Analgesie der Haut nebst Monoplegie eines Arms. Combination von hysterischer und organischer Lähmung (nämlich die des Recurrens) im Anschluss an ein Trauma. Heilung durch Suggestion bis eben auf die Gaumen- und Stimmbandlähmung.

3. Ueber eine noch nicht beschriebene Complication der halbseitigen Kehlkopflähmung. Und worin besteht diese „noch nicht beschriebene Complication“? In einer — — gleichseitigen Gaumensegellähmung!!! A. ROSENBERG.

149) **Schuster. Ueber einen Fall von linksseitiger Stimmbandlähmung. (Sur un cas de paralysie de la corde vocale gauche.)** *La Presse Med. Belge* 1891. *XIII. 325.*

Bereits im Bericht über die II. Jahresversammlung Belgischer Laryngologen und Otologen v. 17. Mai 1891 (Centralbl., VIII, No. 9) referirt. BAYER.

150) **Schuster. Paralyse des linken Stimmbandes. (Paralysie de la corde vocale gauche.)** *II. réunion des otologistes et laryngologistes Belges. Bruxelles. 17. Mai* 1891.

Vgl. das vorhergehende Referat. BAYER.

151) **Lennox Browne** (London). **Ein Fall von anhaltender Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes nach vollständiger Wiederherstellung von einem Anfall von Hemiplegie. (Case of persistent immobility of the right vocal cord after complete recovery from an attack of hemiplegia.)** *Journ. of Laryngol. Januar* 1891. *Med. Press. 17. Dec.* 1890.

In einem Vortrag, den er in der British Laryngological Society hielt, berichtet B. über folgenden Fall. Der Pat., ein Mann von 42 J., klagte zuerst über ein Gefühl von Kälte an der rechten Gesichts- und Halsseite; er verlor dabei allmälig an Kraft, bis zuletzt eine fast complete Lähmung der ganzen rechten Körperhälfte bestand. Das Gehör war nicht afficirt, doch sah Pat. doppelt und seine Stimme bekam einen verschleierten („woolly") Charakter.

Bei der Untersuchung des Larynx fand man das rechte Stimmband unbeweglich in der Mittellinie stehend. In seinem 14. Lebensjahre hatte der Pat. einen Abscess am Halse gehabt, von dem alte Narben zurückgeblieben waren und es ist die Frage offen, ob die Stimmbandlähmung von diesen Narben bedingt ist oder ob sie in einem direkten Zusammenhang mit der Hemiplegie steht, der Verf. neigt sich der letzteren Ansicht zu. MACKENZIE-JOHNSTON.

152) **Damien. Zwei Fälle motorischer Kehlkopflähmung. (Dos casos de paralisis motora de la laringe.)** *Revista de lar., ot. y rinol.* 1891. *April.*

In einem der Fälle trat die Lähmung mit Influenza auf: das Stimmband erreichte beim Sprechen die Mittellinie nicht. Im anderen Falle befand sich das linke Stimmband in Cadaverstellung. Die Percussion ergab Vergrösserung der Herzdämpfung in Längsrichtung und bei der Auscultation fiel der zweite Aortenton auf. Verf. unterscheidet centrale (organische oder psychische) und periphere (myogene und neurogene) Kehlkopflähmungen und bringt seinen ersten Fall unter die Rubrik der myogenen und den zweiten unter die der neurogenen, im Anschluss an eine chronische Entzündung atrophischen Charakters des Recurrens und vermuthet das Vorhandensein eines Aortenaneurysmas. GONGORA.

153) **Gilbert Barling** (Birmingham). **Lähmung der Abductoren der Stimmbänder. (Failure of the abductors of the vocal cords.)** *Birmingham Medical Review. August* 1891.

Pat. ein Mädchen von 19 Jahren wurde zur Behandlung ins Krankenhaus aufgenommen wegen beiderseitiger Lähmung mit so starker Dyspnoe, dass es nothwendig war, die Tracheotomie auszuführen. Unter tonischer und elektrischer Behandlung und unter der Intubation besserte sich der Zustand so erheblich, dass nach wenigen Wochen schon die Intubationsröhre wegbleiben konnte und dass man die Wunde heilen lassen durfte. Nach kurzer Zeit jedoch schon kam die Pat. zurück mit ihrer Paralyse und mit einer Dyspnoe, die so schwer, wie nur je zuvor, war und die noch einmal die Tracheotomie nöthig machte. Eine sicht-

bare Ursache für diesen Zustand schien sich nicht feststellen zu lassen und B. ist der Meinung, dass es sich um eine hysterische Lähmung der Abductoren handelte, die jedesmal bei leichter laryngitischer Reizung schnell eintrat.

MACKENZIE-JOHNSTON.

154) **Cartaz. Doppelseitige Lähmung der Crico-arytaenoidei postici in einem Falle von Aortenaneurysma. (Paralysie double des crico-aryténoidiens postérieurs dans un cas d'aneurysme de l'aorte.)** *Bull. et mémoire de la Soc. de Laryng. de Paris. Juli* 1891.

Verf. weist auf die Seltenheit der doppelseitigen Lähmung in Fällen dieser Art hin und berichtet über einen Fall, in dem er dies Phänomen selbst beobachtet hat. Verf. betont die primäre Läsion der Abductoren in einem Falle von Gefässcompression, in dem er die Lähmung während einer zur Linderung der Schmerzanfälle gerade vorgenommenen Narcose durch eine recht energische Untersuchung constatiren konnte.

E. J. MOURE.

f. Schilddrüse.

155) **Gley. Die Functionen der Schilddrüse. (Des fonctions du corps thyroide.)** *Semaine méd.* 1891. *p. 491.*

Die Thyroidectomie ist tödtlich für Kaninchen und Hund, wenn man nur eine kleine Drüse mit entfernt, die beiderseits von der Schilddrüse, $^1/_2$ cm oberhalb ihrer beiden Lappen, auf der Carotis liegt. Die Structur dieser kleinen Drüse ist analog der der Schilddrüse. Entfernt man nur die Schilddrüse, so entwickeln sich die erwähnten kleinen Drüsen und nehmen den Charakter des ausgewachsenen Organs an.

J. BARATOUX.

156) **Armaingaud. Die Zweckmässigkeit der Erregung der allgemeinen Aufmerksamkeit für die Frage des endemischen Kropfes, seiner Aetiologie und Prophylaxe. (Sur l'opportunité de rappeler l'attention sur la question du goitre endémique — étiologie, prophylaxie.)** *Journ. méd. de Bordeaux.* 1891. *No. 13 u. 14.*

Eine Statistik über die Häufigkeit des Kropfes in Frankreich. Der Verf. weist auf die Mittel hin, die man in Anwendung ziehen müsste, um die Zahl dieser Affection für die Zukunft zu vermindern: Filtration der Trinkwässer in den für Kropf disponirten Lokalitäten, Kochen des Trinkwassers, Ortwechsel und auch veränderte Beschäftigung; besonders gilt dies für kropfige Kinder.

E. J. MOURE.

157) **Edgar Willett. Maligne Erkrankung der Schilddrüse. (Malignant disease of the thyroid gland.)** *Lancet. 7. Nov.* 1891.

In der Pathologischen Gesellschaft zu London wurden von W. die Präparate von einem Falle von maligner Erkrankung der Schilddrüse mit Betheiligung des Oesophagus und der Halswirbel demonstrirt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

158) **J. H. Lloyd. Die Behandlung des Kropfes durch Galvanopunctur. (The treatment of goitre by galvano-puncture.)** *University Med. Magazine. Decemb.* 1891.

Diese Behandlungsweise ist besonders für die früheren Stadien der Krankheit geeignet. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

159) **J. B. Deaver. Thyroidectomie. (Thyroidectomy.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 8. August* 1891.

D. bespricht die chirurgische Behandlung des Kropfes und theilt 4 einschlägige Fälle mit. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

160) **Sir William Stokes** (Dublin). **Operationen an der Schilddrüse. (Operations on the thyroid.)** *Med. Press. 1. Juli* 1891. *Brit. Med. Journ. u. Lancet. 11. Juli* 1891.

Der Vortrag wurde in der Chirurgischen Abtheilung der Royal Irish Academy of Medicine gehalten. Der Verf. giebt in demselben nähere Details über eine Anzahl von Fällen, die er operirt hat. Ausführlich schildert er die Gefahren und die Schwierigkeiten der Operationen, die bes. in der Gefahr der Blutungen und der Erzeugung von Myxoedem bestehen.

Sehr warm spricht St. von der Operation der Unterbindung und Excision und er empfiehlt, diesen Eingriff bei Basedow'scher Krankheit zu versuchen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

161) **Turetta. Ein Fall von Tetanie im Anschluss an die partielle Exstirpation der Schilddrüse. (Un caso di tetania in seguito all' estirpazione parziale del gozzo.)** VIII. Congress der Ital Gesellsch. f. Chirurgie. — *La Riforma Medica. 26. Nov.* 1891.

Am 3. Tage nach der Resection der Drüse, die nach der Methode von Mikulicz ohne jeden Zwischenfall an einem 23jährigen Manne ausgeführt wurde, kam die Krankheit zum Ausbruch; diese führte am 8. Tage zum tödtlichen Ausgang. CARDONE.

162) **C. M. Hay. Basedow'sche Krankheit mit Geistesstörung. Bericht über 3 Fälle mit seltenen Complicationen. (Exophthalmic goitre with mental disease: report of 3 cases with rare complications.)** *Medical age. 10. Juni* 1891.

Nichts von speciellerem Interesse für den Laryngologen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

163) **H. W D. Cardew** (London). **Die praktischen Methoden der Elektro-Therapie bei der Basedow'schen Krankheit. (The practical electro-therapeutics of Graves' disease.)** *Lancet. 4. u. 11. Juli* 1891.

Die höchst interessante und praktisch wichtige Arbeit C.'s beschäftigt sich hauptsächlich mit den für die Therapie der Basedow'schen Krankheit geeigneten Methoden der elektrischen Behandlung. Der Verf. meint, dass diese, wofern man sie nur richtig anwendet, das wichtigste Behandlungsmittel ist, das uns bisher zur Verfügung steht und deshalb hat Verf. auch lange Untersuchungs-

reihen angestellt, um sich der besten Methoden der Applikation des elektrischen Stromes zu vergewissern. Ohne sich in die Details dieser Untersuchungen zu verlieren, führt Verf. folgende Schlusssätze auf, zu denen er durch sorgfältige Beobachtung gekommen ist. 1. Der galvanische Strom wirkt besser als der faradische. 2) Sehr schwache Ströme (2—3 Milliampères) sind ausreichend. 3. Die Applikation des Stromes soll jedesmal 6 Minuten dauern und soll 3 mal oder öfter am Tage wiederholt werden. 4. Die Anode kommt an den Nacken, so dass die Mitte ihres unteren Randes dem Process. spinos. des 7. Halswirbels entspricht. Die Kathode wird vom Halse aus auf und ab bewegt und zwar vom Process. mastoid. aus dem Verlauf der grossen Nerven entlang.

Der Effekt dieser Behandlung ist eine Herabsetzung der Frequenz und der Kraft des Herzschlages und vielleicht auch ein Ansteigen der arteriellen Spannung. Die Behandlung muss längere Monate mit Sorgfalt in dieser Weise durchgeführt werden, dann wird man in geeigneten Fällen auch ein allmähliches Nachlassen aller andern Symptome der Krankheit konstatiren können. —

Verf. fügt noch ausführliche und praktische Direktiven bei, betr. die Details der Applikation der Batterie, wie sie der Verf. selbst benutzt; es ist dies wichtig, da zur Durchführung der Behandlung nothwendigerweise der Pat. selbst mit dem Strome umzugehen lernen muss. Zum Schluss führt Verf. einige Krankengeschichten an, um den Nutzen zu illustriren, den die Pat. von dieser Behandlungsmethode haben, nachdem schon innere Mittel vergeblich angewandt sind.

MACKENZIE-JOHNSTON.

164) J. K. Spender (Bath). **Ueber Berührungspunkte zwischen rheumatischer Arthritis, Tabes und Basedow'scher Krankheit. (On points of affinity between rheumatoid arthritis, locomotor ataxy and exophthalmic goitre.)** *Brit. Med. Journ. 30. Mai* 1891.

Verf. stellt die verschiedenen Symptome und Erscheinungen, welche diese 3 Krankheiten darbieten, einander gegenüber. Jede der 3 Krankheiten geht in mehreren Punkten über die andere hinaus und Sp. nimmt bei allen eine Arthritis an, die „ihrem Wesen nach nervöser Art“ ist.

MACKENZIE-JOHNSTON.

165) A. M. Stalker (Dundee). **Ein Fall von Myxoedem. (Case of myxoedema.)** *Lancet. 10. Januar* 1891.

Verf. berichtet über einen Fall von Myxoedem. Der Pat. hatte Jahre lang grosse Dosen von Jodkali erhalten wegen einer Augenkrankheit, die einige Zeit bevor die Symptome des Myxoedems hervortraten, bestanden hatte.

MACKENZIE-JOHNSTON.

g. Oesophagus.

166) W. Cheatham. **Ein Oesophaguspolyp: Anwendung von Apomorphin, um den Tumor in den Bereich der Zange zu bringen; glückliche Entfernung desselben. (Polypus of the oesophagus: apomorphine to throw it within reach to apply snare; successful removal.)** *Virginia Med. Monthly. April* 1891.

Der Pat. war 79 Jahre alt. Schon vor 3 Jahren war der Tumor einmal

während des Brechaktes zwischen die Zähne gehustet und dabei entfernt worden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

167) **Dagron. Perforation des Oesophagus durch eine Nadel. (Epingle ayant perforé l'oesophage.)** *Bulletin méd. 18. Januar* 1891.

Demonstration der anatomischen Präparate. Es hatte sich bei der Section zm Oesophagus eine vereiterte Lymphdrüse und darin, die Speiseröhre durchbohrend, eine lange Nadel gefunden. E. J. MOURE.

168) **Polikier. Beitrag zur Behandlung der Fremdkörper des Oesophagus bei Kindern. (Contribution au traitement des corps etrangers de l'oesophage chez les enfants.)** *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* 1891. *p. 24—26.*

Zwei Krankengeschichten, betreffend zwei Fälle, in denen Kinder ein Geldstück verschluckt hatten. Verf. konnte beidemal von der Seite des Halses aus dem Fremdkörper fühlen und durch Massage zusammen mit Kitzeln des Zäpfchens brachte er es dahin, dass die Kleinen den Fremdkörper ausbrachen. P. empfiehlt dies Verfahren, das den Vorzug der Einfachheit besitzt und in manchen Fällen wohl Erfolg haben kann. E. J. MOURE.

169) **Charters Symonds** (London). **Oesophagusstrictur. (Stricture of the oesophagus.)** *Lancet. 7. März* 1891.

Die zwei Pat. wurden der Klinischen Gesellschaft zu London vorgestellt mit carcinomatöser Strictur des Oesophagus; bei beiden bestand vollständige linksseitige Kehlkopflähmung. MACKENZIE-JOHNSTON.

170) **Hartmann. Gastrotomie wegen Oesophaguscarcinom. (Gastrotomie pour cancer de l'oesophage.)** *Bulletin médical, 8. März* 1891.

Verf. hat das Verfahren von Terrier gewählt (Naht von Serosa in Serosa; die Oeffnung so klein als möglich von der Schleimhaut bis zur Haut). Er räth nicht den Obturator in die Fistel zu legen. E. J. MOURE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Amerikanische Laryngologische Gesellschaft.

13. Jahresversammlung,

abgehalten in Washington, 22—24. September 1891.

Erster Tag: 22. September.

Dr. W. C. Glasgow (St. Louis) gab als Vorsitzender in seiner Eröffnungsansprache einen Ueberblick über die Fortschritte der laryngologischen Wissen-

schaft und bes. über den Einfluss, den die Amerikanische Laryngologische Gesellschaft ausgeübt hat, indem sie die laryngologische Praxis den Charlatans aus der Hand genommen und ihr eine hervorragende und ehrenvolle Stellung unter den anderen praktischen Specialfächern gesichert hat. —

Die Versammlung bekundet dann durch Erheben ihr Beileid an dem Tod der früheren Mitglieder Dr. E. Caroll Morgan und Dr. Hosmer A. Johnson (Chicago). —

Glasgow sprach hierauf über:

Ein Fall von Fremdkörper in der Luftröhre.

Ein Kind von 8 Jahren sollte vor 2 Stunden einen kleinen Gummiballon mit der daran hängenden Pfeife verschluckt haben. Es bestanden Paroxysmen von Erstickungsnoth, in den Zwischenzeiten zwischen diesen aber schien das Kind vollständig wohl zu sein. Dasselbe konnte Wasser schlucken und eine Sonde ging ohne Schwierigkeit in den Magen: der Oesophagus war also frei. Bei der Inspection erschien auch der Larynx durch nichts verschlossen. Die Chloroformnarkose wurde aber so schlecht vertragen, dass von einer eingehenderen Untersuchung Abstand genommen wurde. Es wurde angenommen, dass die Erscheinungen hysterischer oder epileptischer Natur seien. Schliesslich aber wurde die Tracheotomie gemacht und nun sah man den Gummi des Ballons, der in das untere Ende der Canüle hineinragte; derselbe wurde durch die Trachealwunde extrahirt. Später wurde auch die Holzpfeife durch die Glottis ausgestossen und das Kind wurde ganz wiederhergestellt. In den Zwischenzeiten zwischen den Athemnothsfällen bestand eine geringe Abschwächung des Athemgeräusches über der linken Lunge.

Clinton Wagner (New York):

Ein Fall von Thyrotomie bei einem Kind von 18 Monaten.

Das Kind, das arg vernachlässigt schien, litt an Dyspnoe; die Ursache derselben war nicht sicher festzustellen. Zwei Wochen nach einer präliminären Tracheotomie wurde die Thyrotomie gemacht und dabei ein Papillom nahe dem hinteren Ende des linken Stimmbandes entdeckt und auch entfernt. Das Kind befand sich danach gut, bis es 10 Monate nach der Operation an einem Anfall von Croup starb.

In der sich anschliessenden Discussion hob Ingalls (Chicago) den Werth des Gebrauchs des Zeigefingers zu diagnostischen Zwecken hervor. Mulhall (St. Louis) empfahl den Zeigefinger sogar als nützliches Instrument zur Entfernung kleiner oberflächlicher Papillome von den Stimmbändern. Dagegen hält Wagner bei kleinen Kindern unter 2 oder 3 Jahren die Entfernung von Papillomen durch den Mund für ganz unausführbar.

Harrison Allen (Philadelphia):

Die Tonsille in gesundem und krankem Zustande.

Die Functionen der Tonsillen sind noch nicht bekannt. Dieselben sind bei Kindern ziemlich gross, sie scheinen in Bezug auf ihre Grösse in einem umge-

kehrten Verhältniss zu der Thymusdrüse zu stehen. Relativ gross sind sie auch zu der Zeit, in welcher hämatophoretische Veränderungen im Mark der langen Knochen Platz greifen. Im Gegensatz zu den Peyer'schen Plaques scheinen sie keinerlei Beziehungen zu irgend einem specifischen Krankheitsprocess zu haben. Das häufige Vorkommen von tonsillärer Diphtherie ist blos bedingt durch die mechanische Berührung gerade dieser Organe mit dem Contagium.

Sehr oft kommen Pfröpfe in den Crypten vor; man soll auf deren Mündung Acht haben, sie aufschlitzen und ihre Ränder mit dem Cauter ätzen. Bei der Hypertrophie giebt es untereinander communicirende Canäle oder Buchten durch die Tonsille. Dieser Zustand findet sich gewöhnlich vereint mit adenoider Erkrankung im Pharynx. Diese soll zuerst beseitigt und danach die Fistelgänge in der Tonsille gespalten werden. Die Tonsillotomie wird dann nicht mehr nöthig sein. Die Amputation der Tonsillen sei überhaupt unwissenschaftlich und unnöthig. In vielen Fällen schwindet die Vergrösserung der Tonsillen ganz ohne directe Behandlung, wenn das adenoide Gewebe im Nasenrachenraum zu dem normalen Zustand zurückgeführt ist. Deshalb soll sich der erste operative Eingriff stets auf die etwa vorhandenen pharyngealen Geschwülste richten. Wenn Narbenstränge über die Oberfläche der Tonsille gehen und die Oeffnungen der Crypten verschliessen, empfiehlt sich ein Durchschneiden derselben zur Erleichterung der Spannung und zur Begünstigung des Heraustretens des Crypten-Inhalts. Später können dann Adstringentien applicirt werden mittelst einer in die Crypten eingeführten Sonde, die Allen dem Cauter oder Messer weit vorzieht.

Jonathan Wright (Brooklyn) erklärt, dass nach seiner Erfahrung da, wo er ein Paar vergrösserte Tonsillen entfernte, das adenoide Gewebe darüber von selbst verschwand. Er meint, dass die Tonsillen sowohl die Reizung wie die Aufstauung der Sekrete verschuldeten und dadurch zu der Erkrankung des Rachens führten.

Clarence C. Rice (New York):

Die störenden Symptome, die die Vergrösserung der Epiglottis macht, und die Rathsamkeit einer operativen Beschränkung der Grösse dieses Knorpels.

Man kennt zahlreiche Deformitäten der Epiglottis, besonders die im Verlauf von Lungenphthise, Lupus und Syphilis vorkommenden. Wo die Epiglottis der Sitz eines chronischen Krankheitsprocesses oder die Zungentonsille derart vergrössert ist, dass sie reizend wirkt, da entsteht ein Gefühl von Völle und Kitzeln im Halse und häufiger Husten. Zu dem Oedem und der entzündlichen Schwellung der darüberliegenden Gewebe tritt noch eine directe Grössenzunahme des Knorpels selbst hinzu. Die Epiglottis kann congenitaler Weise abnorm gross sein; häufiger jedoch ist die Grössenzunahme verursacht durch Verletzungen, den excessiven Gebrauch von Tabak, Alkohol oder durch lokale entzündliche Störungen. Für die letztgenannten Fälle räth Rice die Entfernung eines Theiles der vergrösserten Partien mit einer Scheere mit langen Branchen oder mit der schneidenden Zange. Er hat in dieser Weise in 2 Fällen operirt unter Cocainanwen-

dung mit nachfolgendem Gebrauch von Albolen. Von der Anwendung des Mackenzie'schen Epiglottitoms sah er nichts Gutes und auch die Galvanocaustik erschien ihm nicht räthlich, weil die danach zurückbleibenden Brandschorfe lange Zeit zur Heilung bedürfen. Derselbe Vorwurf wird der Benutzung der heissen Schlinge gemacht. Die operative Entfernung eines Theiles der chronisch vergrösserten Epiglottis ist am Platze in den Fällen, in denen Adstringentien und die gewöhnliche Behandlung erfolglos geblieben sind.

Wagner erinnert daran, dass er in einem Falle von Carcinom der Epiglottis, den er bereits vor 10 Jahren mittheilte, die gesammte Epiglottis nach der Methode vom Zungenbein her entfernt hat, ohne dass sich irgend üble Folgen bemerkbar machten. Doch hält W. die von Rice empfohlene partielle Entfernung für ein zweckmässiges Verfahren.

In der Discussion über

Die Resultate der Behandlung der oberen Luftwege zur dauernden Beseitigung des Asthma's

betont Bosworth, dass man in den Fällen von wahrem Asthma einen allgemeinen krankhaften Zustand anerkennen müsse. Er unterscheidet 3 Faktoren bei jedem Anfall: 1. die eigenthümliche Neurose; 2. gewisse äussere, vielleicht atmosphärische Reize; und 3. häufig einen lokalen Process in der Nase, der die ungewöhnliche Empfänglichkeit für gewisse Reize verschuldet. In einem grossen Theile der Fälle bringt eine Wiederherstellung der normalen Athmung und die Beseitigung der Hindernisse in der Nase oder den oberen Luftwegen Immunität gegen spätere Anfälle mit sich.

Bosworth will nicht etwa eine nasale Ursache in jedem Falle von Asthma anerkennen, allein wo sich eine solche Abnormität findet, da soll auch eine geeignete Bahandlung eingeleitet werden.

Mulhall (St. Louis) demonstrirt eine rechtwinklig gebogene scharfe Zange für den Kehlkopf mit einer neuen Scharnier.

Asch (New York) demonstrirt eine neue Electrode zur intranasalen Galvanocaustik; Handgriff und Biegung sind so construirt, dass das Gesichtsfeld frei bleibt.

Zweiter Tag: 23. September.

Jonathan Wright (Brooklyn):

Nasale Papillome.

Redn. behauptet, dass Papillome der Nase ausserordentlich selten sind und, dass nur diese Bezeichnung irre führe. Er zieht den Ausdruck „papillomatöse Fibrome“ vor. Was man gewöhnlich als Papillom fälschlicher Weise angesprochen hat, erwies sich bei genauerer Nachforschung als gewöhnliche entzündliche Hypertrophie oder glandulare Hyperplasie, wobei besonders die untere Muschel betheiligt ist. Wahre Papillome kommen in der Regel nur am Septum vor, eine Thatsache, die in Uebereinstimmung steht mit der Beobachtung, dass die Ver-

einigungsstellen zwischen Haut und Schleimhaut der Lieblingssitz für epitheliale Proliferationen sind.

J. Solis-Cohen schlägt den Namen „dendritische Vegetationen" für die sogen. Papillome vor.

E. L. Shurly (Detroit):

Untersuchung eines Falles von Nasentuberculose.

Der Fall betrifft einen Affen mit Nasencatarrh und einem profusen Ausfluss, in dem sich Tuberkelbacillen fanden. Nach Gebrauch von antiseptischen Lösungen verminderte sich der Ausfluss. Später wurde der Affe getödtet, allein es fanden sich keine tuberculösen Veränderungen in den Lungen oder anderen Eingeweiden. Es schien sich einfach um einen Fall von lokaler auf die Nase beschränkter tuberculöser Infection zu handeln.

Chas. L. Knight (New York):

Cysten der mittleren Nasenmuschel.

Redner hält dies Leiden für ziemlich häufig, oft jedoch werde es nicht erkannt. Von den 2 Theorien, die zur Erklärung der Entwicklung der Cysten aufgestellt sind — 1. rareficirende Ostitis und 2. hypertrophische Rhinitis — hält er die letztere für die wahrscheinlichere. Ein Knochenvorsprung wächst aus der mittleren Muschel heraus und biegt sich um sich selbst, bis er schliesslich den Knochen wiedertrifft, so dass eine geschlossene Höhle sich bildet. Eine solche Höhle, bekleidet mit Flimmerepithel, enthält ein schleimiges Secret und wenn Entzündung hinzutritt, mucös-purulente Flüssigkeit. Die operative Behandlung ist einfach. Die Cyste kann nicht ganz entfernt werden, allein man kann sie exstirpiren und einen antiseptischen Verband anlegen. Solche Cysten kommen nur in Verbindung mit der mittleren Nasenmuschel vor und keiner der Fälle, die Redner kennt, war unter 20 Jahre alt.

F. H. Bosworth (New York):

Verschiedene Formen von Siebbeinerkrankung.

Dem Vortrag liegt eine Analyse von 27 Fällen zu Grunde, die B. in den letzten 5 Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte. Redner unterscheidet fünf Arten der Erkrankung und führt für eine jede einige Fälle als Beispiele an: Zuerst die extracelluläre myxomatöse Degeneration ohne purulenten Ausfluss; dann die extracelluläre myxomatöse Degeneration mit purulentem Ausfluss; drittens purulente Ethmoiditis mit Nasenpolypen; viertens die intracelluläre myxomatöse Degeneration ohne Pus, und fünftens die intracelluläre myxomatöse Degeneration mit Pus.

Die zweite Form kann als ein späteres Stadium der ersten angesehen werden und ebenso ist die fünfte Spielart nur ein späteres Stadium der vierten, so dass die Zahl der Varietäten auf 3 sinkt. Für die erste und zweite, und ebenso für die vierte und fünfte Abart liessen sich bestimmte Ursachen nicht bezeichnen.

Die 3. Form kann als die direkte Folge der Nasenpolypen angesehen werden, nicht aber als deren Ursache, wie dies auch geschehen ist. Diese Anschauung gründet sich auf die Thatsache, dass in der Mehrzahl der Fälle die Ethmoidalerkrankung von eitriger Erkrankung des Antrum begleitet war.

Die Diagnose hat sich zu stützen auf eine sorgsame Ocularinspection und den Nachweis einer geringen Spur der Quelle des eitrigen Ausflusses. Die diffuse myxomatöse Degeneration, die so häufig auf der mittleren Nasenmuschel beobachtet wird, soll in der Mehrzahl der Fälle, wenn nicht in allen, als ein Zeichen einer Erkrankung der die Ethmoidalzellen auskleidenden Schleimhaut anzusehen sein. Die Behandlung sämmtlicher Formen besteht darin, dass man die Siebbeinzellen freilegt durch Entfernung der convexen Bedeckung der mittleren Muschel mittelst der Schlinge und dann durch das Aufbrechen und möglichst weitgehende Zerstören der Trabekeln mit dem elektrischen Brenner oder der Curette.

W. E. Casselberry (Chicago):

Radicalbehandlung der Nasenmyxome.

C. vertritt den Standpunkt, dass die besten Resultate durch die Exstirpation der Basis, von der aus die Myxome wachsen, erreicht werden. In zwei Drittel der Fälle entwickeln sich die Myxome in Verbindung mit oder neben der mittleren Nasenmuschel. Selten nur wachsen sie von der glatten Fläche aus, sondern gewöhnlich von freien Rändern oder Ecken. Infolge der Hypersecretion wird die Schleimhaut aufgelockert und liefert einen geeigneten Boden für die Bildung von Myxomen. Solcher Boden findet sich am freien Rande der mittleren Muschel und daher stammt die Häufigkeit des Vorkommens der Myxome gerade an dieser Stelle. Man kann diese Geschwülste mit der gebogenen Scheere oder mit der Zange entfernen, und wenn man dabei zugleich ein Stückchen vom Knochen entfernt, so ist das im Allgemeinen von Vortheil, obgleich man auch nicht zu viel wegnehmen soll, weil doch gelegentlich cerebrale Complicationen vorkommen könnten. Die Ausgangsstelle der Geschwulst kann mit dem Brenner berührt werden.

Dritter Tag: 24. September.

J. Solis-Cohen (Philadelphia):

Die Symptome und die pathologischen Veränderungen in den oberen Luftwegen bei Influenza.

Die hervorragenden Processe stellen eine lymphoide Infiltration der Weichtheile dar, die eine mehr oder weniger starke oedematöse Schwellung der weichen Gewebe mit sich führt. Die Krankheit afficirt beide Systeme, die Blut- wie die Lymphgefässe, und je nachdem das eine oder das andere Gewebe mehr betheiligt ist, sind die Erscheinungen verschieden. Gelegentlich erwähnte der Redner einen eigenartigen Einfluss der Influenza auf den Verlauf einer anderen Krankheit. Ein alter Herr litt an einem Epitheliom des Gaumens; während einer Influenza-Attake verschorfte die Stelle der malignen Erkrankung und es kam zur vollständigen Heilung.

W. C. Jarvis (Newyork) sprach über:

Practische Schlussfolgerungen aus einem Falle von narbiger Contraction des Kehlkopfs mit ungewöhnlichen klinischen Symptomen; Demonstration des Präparates.

Mackenzie berichtete über einen Fall, in dem Anfälle von Dyspnoe durch ein Gumma, welches auf beide Recurrensnerven drückte, verursacht wurden. Das Lumen der Trachea war oberhalb der Bifurcation so verengt, dass eine feine Sonde nur mit grösster Schwierigkeit durch die Strictur gebracht werden konnte. Es wurde die Tracheotomie gemacht, allein die Dyspnoe besserte sich nicht; nach dem Tode fand sich der beschriebene Zustand.

Morris J. Ash (Newyork).

Ein Fall von Epitheliom des Kehlkopfs.

Es wurde zuerst die Tracheotomie gemacht und später die Exstirpation des Larynx vorgenommen. Der Pat. erholte sich, doch traten später Anfälle von spasmodischer Dyspnoe auf; in einem solchen starb der von einer Influenza sehr geschwächte Patient.

J. N. Mackenzie (Baltimore) sprach über:

Die laryngo-trachealen Neubildungen bei Tuberculose.

Er verzeichnet folgende Formen: 1) Die Bildungen, die man gewöhnlich als papilläre Hyperplasie bezeichnet. 2) Die papillären Warzen, die sich klinisch in nichts von gewöhnlichen Papillomen unterscheiden. Diese können mit der kalten Schlinge entfernt werden, allein bei tuberculösen Neubildungen verbieten sich operative Eingriffe solange, bis nicht der Tumor durch seine Grösse, die das Lumen des Rohrs fast ausfüllt, eine Gefahr bedeutet. 3) Eine solitäre Form von tuberculöser Geschwulst, die zuerst vor 12 Jahren von Mackenzie beschrieben wurde.

In der Discussion über:

Die Beziehungen der Schleimhautaffectionen der oberen Luftwege zu constitutionellen Processen

sprach Mulhall zu Gunsten einer hygienischen Behandlung des Nasencatarrhs und erwähnte dabei 2 Fälle, in denen die Symptome verschwanden, sobald die Patienten, die beide Faustkämpfer waren, mit dem Trainiren begannen.

S. Solis-Cohen gab eine Definition der Struma als eines hypotrophischen Processes.

In den Vorstand für das folgende Jahr wurden gewählt:

Als Vorsitzender: Dr. S. W. Langmaid (Boston).

„ stellvertr. Vorsitzende: Dr. Morris J. Ash (Newyork), Dr. S. Johnston (Baltimore).

„ Secretär u. Schatzmeister: Dr. Charles H. Knight (Newyork).

Als Bibliothekar: Dr. Thomas H. French (Brooklyn).
„ Mitglied des Ausschusses: Dr. William S. Glasgow (St. Louis).

Es wurde beschlossen, die Thätigkeit des Ausschusses, betr. die Ueberführung der Bibliothek in das Surgeon-General's Office gut zu heissen.

Nach einer kurzen Discussion wurde beschlossen, die Grenze für die Zahl der Mitgliederschaft von 50 auf 75 zu erhöhen.

Zuletzt wurde J. H. Bryon (Washington) D. C. als neues Mitglied aufgenommen.

Die nächste Versammlung findet in Boston statt; die Bestimmung der Zeit bleibt dem Ausschuss überlassen. Lefferts.

III. Briefkasten.

Personalia.

Den Annales des maladies de l'oreille et du larynx zufolge hat sich Dr. Kafemann als Privatdocent der Laryngologie an der Universität Königsberg und Dr. Ferreri in gleicher Eigenschaft an der Universität Rom habilitirt, während Prof. Kaufmann in Prag zum Director der dort neu gegründeten Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenleiden ernannt worden ist.

Wir lesen in der Berl. klin. Wochenschrift, dass Prof. H. Krause zum correspondirenden Mitglied der American Laryngolical Association gewählt worden ist.

Programm der laryngolo-rhinologischen Section der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Nürnberg, 12.—16. September 1892.

21. Abtheilung: Laryngologie und Rhinologie.

Einführender: Dr. Heller, Albrecht-Dürerplatz 9.
Schriftführer: Dr. Helbing, Adlerstrasse 19.

Angemeldete Vorträge:

1. Dr. Th. S. Flatau (Berlin): a) Pachydermia laryngis mit inselförmiger Betheiligung des Kehldeckels. b) Zur endolaryngealen chirurgischen Behandlung der Larynxtuberculose. c) Demonstration einiger rhino-chirurgischen Instrumente. — 2. Dr. Victor Lange (Kopenhagen): Thema vorbehalten. — 3. Dr. Beck (Mainz): Ein Fall von Rhinolith in der Trachea. — 4. Dr. G. Rosenfeld (Stuttgart): Nasenoperationen bei Hämophilen. — 5 Dr. Seifert (Würzburg): Ueber die Pathologie der Zungentonsille. — 6. Dr. Maximilian Bresgen (Frankfurt a. M.): Wann treten nach Operationen im Nasen- und Nasen-Rachenraume Entzündungen des Ohres oder anderer benachbarter Theile auf. — 7 Dr. Walter (Frankfurt a. M.): a) Ein Fall von Rhinolithen-Bildung. b) Ein Fall von Chorea durch adenoide Vegetationen veranlasst. — 8. Dr. A. Onodi (Budapest): Die Pathologie der Kehlkopflähmungen

und die experimentellen Resultate. — 9. Dr. Aug. Haupt (Bad Soden): Meinungsverschiedenheiten über den Werth der Mineralwasserkuren für die Behandlung der Catarrhe des Nasen-Rachenraumes und des Kehlkopfes. — 10. Dr. Max Schäffer (Bremen): Ueber Erkrankungen des Sinus sphenoidalis — 11 Professor Dr. Schech (München): Thema vorbehalten. — 12. Dr. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.): Ueber Behandlung der Vomer-Vorsprünge und Verbiegungen mittelst der Electrolyse. — 13. Professor Dr. B. Fränkel (Berlin): Ueber den Ventriculus Morgagni — 14. Professor Schnitzler (Wien): Thema vorbehalten. — 15. Professor Dr. Krause (Berlin): Zur Therapie der chronischen Laryngitis. — 16. Dr. M Reichert (Berlin): Ueber die rhinoskopische Behandlung der durch Knochen- oder Knorpeltheile der Nase bedingten Stenosen. — 17. Dr. Helbing (Nürnberg): Mittheilung zur Behandlung der erfrorenen Nasen. — 18. Dr. P. Heymann (Berlin): a) Ueber Tonsillargeschwülste. b) Demonstration einer elektrischen Untersuchungslampe.

Der elfte internationale medicinische Congress und die Laryngologie.

Der Schriftführer der Berliner Laryngologischen Gesellschaft hat die Güte gehabt, der Redaction die Copie eines Memorandums zu senden, welches die Laryngologische Gesellschaft zu Berlin dem Vorsitzenden des vorbereitenden Comités für den Congress, Herrn Professor Dr. Guido Baccelli in Rom unterbreitet hat. Den Gegenstand dieses Memorandums bildet eine Vorstellung gegen die Vereinigung der laryngologischen und otologischen Sectionen auf dem Congress, wie eine solche thatsächlich in Aussicht genommen war. Glücklicherweise erhielten wir fast gleichzeitig mit dieser Sendung einen Brief des Collegen Massei, in welchem derselbe uns die Mittheilung macht, dass das Central-Comité beschlossen habe, die laryngologische von der otologischen Section zu trennen.

Das ist allerdings sehr erfreulich und wird gewiss von den Laryngologen ebenso wie von den Otologen mit Genugthuung aufgenommen werden; bedauerlich bleibt nur, dass überhaupt nach den auf früheren Congressen gemachten Erfahrungen und nach den so deutlich ausgesprochenen Wünschen beider betreffenden Parteien immer und immer wieder der Versuch gemacht wird, diese beiden Abtheilungen der medicinischen Wissenschaft gegen ihren eigenen Wunsch bei diesen Gelegenheiten in eine und dieselbe Section zusammenzuspannen! — Wir verweisen auf das, was wir bei Gelegenheit des Copenhagener und des Washingtoner Congresses über diese Frage gesagt haben, und möchten hier noch einmal dem dringenden Wunsch Ausdruck verleihen, dass es uns bei zukünftigen Gelegenheiten erspart bleiben möge, diesen durchaus überflüssigen Kampf immer und immer wieder von neuem zu fechten! — An das Comité der nunmehr selbständigen laryngologischen Section aber richten wir die dringende Bitte. die bei Gelegenheit des Copenhagener und Berliner Congresses ausgesprochenen Wünsche hinsichtlich der Anordnung, der Anzahl der allgemeinen Discussionen und der Annahme privater Vorträge zu berücksichtigen. Wir wissen, dass die in unseren bezüglichen Leitartikeln ausgesprochenen Ansichten und Wünsche von einer grossen Zahl der hervorragendsten Fachgenossen durchaus getheilt werden

Druckfehlerberichtigung.

Im Juli-Heft 1892 ist im Titel der Besprechung des Laker'schen Buches über Schleimhautmassage der Name des Autors leider durch einen Druckfehler bis zur Unkenntlichkeit entstellt worden. Der Verfasser heisst „Carl Laker", — nicht „Sahner", wie dort gedruckt. Wir bedauern das Versehen aufrichtig und beeilen uns, dasselbe zu berichtigen.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

// Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. Berlin, September. 1892. No. 3.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **A. Jacobi. Halsdrüsenentzündung bei Kindern. (Cervical adenitis in children.)** *N. Y. Med. Record. 31. Jan. 1891.*

Die Aetiologie der Drüsenschwellung, und zwar der cervicalen wie der allgemeinen, auf hyperämischer oder entzündlicher Basis wird in 2 Abschnitten abgehandelt: 1. Es handelt sich um eine Allgemeininfection durch das Blut, wie bei der putriden oder septischen Infection, bei Milzbrand, Lepra, Leukämie und Pseudoleukämie, dem durch Koch'sche Lymphe erzeugten Zustand, der Syphilis und dem Abdominaltyphus. 2. Die Mehrzahl der Fälle von Adenitis aber, und zwar acuter wie chronischer, dankt ihre Entstehung einem localen Einfluss. Sie sind durch pathologische oder chemische Veränderungen in der circulirenden Lymphe bedingt, welche einen Reiz für die Lymphdrüsen bildet. Auf diese Weise entsteht zumeist eine acute Adenitis, die in Resolution endet oder chronisch wird.

Es kann dabei eine Prädisposition, eine angeborene oder erworbene, mitspielen; allein die meisten Fälle von Adenitis sind localen Ursprungs, und dieser locale Ursprung sollte, wenn möglich, in jedem Falle nachgewiesen werden. Dies ist bei alten und chronischen Fällen schwieriger.

Die locale Ursache kann eine Verletzung irgend welcher Art sein. Den besten Schutz gegen cervicale oder andere Formen der Adenitis giebt ein normaler Gesundheitszustand und das Fehlen von Verletzungen der Haut und Schleimhaut. Unter den localen Ursachen ist zu erwähnen Trauma, Erysipel, Insectenstiche, Pediculi, Erkrankung des Warzenfortsatzes, Ohrenkatarrh, Munderkrankung, Herpes zoster etc. Die Nase giebt häufig Anlass zu Adenitis. Jede Unpässlichkeit, die die normale Action der Schleimhaut im geringsten stört, vom einfachsten Katarrh bis zur schwersten Entzündung, von den durch Fremdkörper hervorgebrachten Veränderungen bis zur septischen Infection durch Nasendiph-

therie, kann den Ausgangspunkt für eine Adenitis bilden. Eine nicht geringe Zahl der Fälle von sogen. scrophulöser Entzündung der Drüsen am Halse, um derentwillen die Kinder mit Leberthran gequält wurden, wäre unter anderen Händen durch eine einfache Behandlung der Nase geheilt worden. Für die Adenitis, die in Verbindung steht mit Eingeweideparasiten, könnte man den Umstand verantwortlich machen, dass das Kind mit dem Finger sich den reflectorischen Reiz, den es an der Schleimhaut oben am Eingang der Luftwege spürt, zu lindern sucht.

LEFFERTS.

2) **W. W. van Arsdale. Die relative Häufigkeit der Drüsenentzündung bei Kindern. (The relative frequency of adenitis in children.)** *N. Y. Med. Record. 31. Jan. 1891.*

Verf. hat etwa 55 Fälle von Lymphadenitis bei Kindern im letzten Jahre behandelt, wobei alle Arten der Entzündung einberechnet sind ausser der syphilitischen Erkrankung. Der Procentsatz der Fälle von cervicaler Drüsenaffection betrug bei Kindern 23 pCt., bei Erwachsenen 7,7 pCt. Aber von den Fällen, in denen die Diagnose auf tuberculöse Erkrankung der Drüsen gestellt wurde, entfiel ein grösserer Theil auf die Erwachsenen — 6 pCt. Kinder, 11 pCt. Erwachsene. Von der als chronische septische Adenitis aufgeführten Affection kamen 21 pCt. der Fälle auf Kinder, gegen 12 pCt. bei Erwachsenen.

LEFFERTS.

3) **Wm. H. Thompson. Die interne Behandlung der cervicalen Adenitis bei Kindern. (The medical treatment of cervical adenitis in children.)** *N. Y. Med. Record. 31. Jan. 1891.*

Verf. hält für das beste Prophylacticum gegen Adenitis den Leberthran. Dass dieser den Ansprüchen, die der Organismus in diesem Alter an die Nahrung stellt, genügt, geht zur Evidenz aus der Thatsache hervor, dass die Kinder danach schreien, während er Erwachsenen widerwärtig ist. Es giebt keinen anderen Stoff, der gleich gute Resultate in Bezug auf die Zunahme der rothen Blutkörperchen liefert. Verf. setzt wenig Vertrauen in die therapeutische Wirkung der Jodide bei sehr kleinen Kindern; nach dem 12. Lebensjahre freilich sah er selbst oft grossen Nutzen von dem Jod. Der Hausarzt eines Waisenhauses sagte Verf. einmal, dass er eine grosse Anzahl von Fällen mit scrophulösen Abscessen habe, bei denen er alle Mittel, einschliesslich der Jodpräparate, ohne Erfolg probirt habe. Verf. rieth diesem, es einmal mit Lugolscher Lösung in Dosen von 1 oder 2 Tropfen zu versuchen oder mit Jodtinctur. Der Arzt that dies und hatte bald Günstiges zu berichten.

LEFFERTS.

4) **A. G. Gerster. Die chirurgische Behandlung der Halsdrüsenentzündung bei Kindern. (The surgical treatment of cervical adenitis in children.)** *N. Y. Med. Record. 31. Jan. 1891.*

Bei der Besprechung der Behandlung der chronischen Drüsenaffectionen meint Verf., dass man alle Drüsenaffectionen zweckmässig in 2 Klassen theilen könnte; die eine, bei der pyogene Infection das ausschlaggebende Moment sei, und die andere, deren Ursache die Tuberculose sei. Bei der ersten Gruppe könne eine geeignete Behandlung, die sich gegen das Moment des Reizes richte, oft eine

Heilung bewirken, besonders wenn locale Massnahmen dieselben unterstützten; die frühzeitige Anwendung der Eisblase sei nützlich; hat sich erst Eiter gebildet, dann kann diese Schmerz verursachen, und die Pat. weisen sie in diesem Stadium gewöhnlich zurück. Es kommt dabei ein Zeitpunkt, wo wir nicht genau entscheiden können, ob schon Eiterung Platz gegriffen hat oder nicht, und für diese Fälle sind warme Umschläge sehr gut.

Bei den chronischen Formen der Lymphadenitis pyogenen Ursprungs kommt es bisweilen zu starker Entstellung, wenn man die Sache ruhig sich selbst überlässt. Bei Mädchen, bei denen kosmetische Rücksichten mehr mitspielen, kann der chirurgische Eingriff in weitgehendem Maasse vorbeugen, wenn man den Abscessinhalt aspirirt und die Höhle verschiedentlich auswäscht, bis sie sich nicht wieder füllt. Gewöhnlich genügte eine 4- oder 5 malige Ausspülung. Bei Kindern, deren Allgemeinzustand durch die chronische eitrige Lymphadenitis herunterkommt, geht Verf. dem Infectionsherde radical zu Leibe; er eröffnet die Abscesse und kratzt das pyogene Gewebe aus.

In den Fällen von Drüsentuberculose glaubt man wohl mal Eiterung und Fluctuation zu fühlen, wo gar keine ist. Entscheiden wird dann die Aspiration. Verf. glaubt, dass alle Formen der Tuberculose im Körper sich ausbreiten durch die Intervention der Lymphbahnen; die Drüsen werden zur Ablagerungsstelle der Keime und von ihnen aus geht die Weiterverbreitung vor sich. Eine frühe Diagnose ist nicht immer möglich; wo jedoch die Drüsen hart werden, soll man dies als Warnung betrachten und sie exstirpiren, soweit dies ohne Gefahr für den Pat. möglich ist. Wo es zu einem Durchbruch kommt und eine freie Verbindung mit der Luft Platz greift, da entwickelt sich ein hektischer Zustand, das Gewebe bekommt eine bläuliche Farbe, und es bilden sich sehr hässliche Narben. Dieses blaue, nicht lebensfähige Gewebe soll man vollständig mit Scheere und Zange entfernen und die benachbarten vergrösserten Drüsen exstirpiren. Verf. betont noch mit Nachdruck die Wichtigkeit der Reinlichkeit bei allen diesen Operationen, besonders beim Aspiriren und Ausspülen der Drüsenabscesse. LEFFERTS.

5) **Delens. Dermoidcyste über dem Zungenbein. (Kyste dermoide sushyoidien.)** *Cour méd. 7. Febr. 1891.*

Der Krankengeschichte schliesst der Verf. noch einige Betrachtungen über die Operationstechnik an. E. J. MOURE.

6) **Régnier. Dermoidcyste des Halses. (Kyste dermoide du cou.)** *Journal de méd. de Bordeaux. 15. Febr. 1891.*

Demonstration einer hühnereigrossen Dermoidcyste, die von Pousson bei einem 9jährigen Mädchen entfernt worden war. Verf. nimmt an, dass sich in diesem Falle die Cyste aus einem Ektoderm gebildet habe, welches durch Zufall in einer Spalte des Pharynx abgeschnürt worden sei. Der Tumor sass links.

E. J. MOURE.

7) **A. Boni. Lymphosarcom des Halses. (Linfosarcoma del collo.)** *Tolentino. 1891.*

Nichts Neues. CARDONE.

8) **A. Catini. Chondrosarcom des Halses. Heilung. (Sarcoma enchondromatosa del collo: guarigione.)** *Giornale internaz. di sc. med. 1891.*

Nichts Bemerkenswerthes. CARDONE.

9) **Duplay. Parotitis mit Pneumococcen. (Parotidite à pneumocoques.)** *Semaine méd. 14. Jan. 1891.*

Verf. untersucht den bakteriellen Ursprung dieser Affection und zieht daraus therapeutische Consequenzen, die verschieden sind, je nachdem es sich um eine canaliculäre Parotitis handelt, bei der jedes Drüsenläppchen für sich isolirt entzündet ist und eitert, oder aber um eine Entzündung des gesammten periglandulären Zellgewebes. In dem letzteren Fall steht man einer wirklichen Phlegmone gegenüber und muss darum schleunigst incidiren. E. J. MOURE.

10) **C. B. Wood. Schnittwunde des Halses. Ligatur der Carotis externa und der Vena jugularis externa. (Cutthroat. Ligation of external carotid artery and external jugular vein.)** *Pittsburg Med. Review. April 1891.*

Bericht über einen Fall. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

11) **Adolph Rupp. Bemerkungen über die Fractur des sternalen Endes der Clavicula infolge von Muskelaction. — Bericht über einen durch Husten verursachten Fall. (Remarks on fracture of the sternal end of the clavicle due to muscular action. Report on a case caused by coughing.)** *Medical Record. 28. Nov. 1891.*

Die Pat. war 69 Jahre alt und hatte eine typische Skoliose, Bronchitis und Emphysem. Während sie im Bett auf der linken Seite lag und hustete, streckte sie ihren Arm nach hinten herum, um nach einer Kanne zu greifen, die auf einem Stuhl rechts am Kopfende des Bettes stand. Dabei fühlte sie ein Knacken und einen plötzlichen schmerzhaften Stich oben in der Brust, rechts vom Sternum, der sie zusammenfahren liess. Sie sah nach und fand an der Stelle des Schmerzes eine Protuberanz. Wenn sie sich ruhig hielt, hatte sie keine Schmerzen; sowie sie aber hustete oder den rechten Arm oder die Schulter bewegte, waren die Schmerzen sehr heftig. R. constatirte einen Querbruch $1^1/_4$ Zoll vom sternalen Ende des Schlüsselbeins entfernt; die Entfernung von dem acromialen Ende bis zu dem Bruchende des sternalen Fragments betrug 4 Zoll. Die wahrscheinlich zur Entstehung des Bruches wirksamen Factoren waren die clavicularen Fasern des Deltoideus und der Pectoralis major, die bei ihrer Contraction die innere Portion des Schlüsselbeins nach unten und aussen zogen, und der claviculare Theil des Sternocleidomastoideus, der als Antagonist nach oben zog; die erste Rippe gab den Stützpunkt ab, gegen den die widerstreitenden Kräfte wirkten. Die eigenthümliche willkürliche Bewegung der Frau, die oben beschrieben ist, und das gleichzeitige Husten, begünstigten und verstärkten noch die Action der genannten Kräfte. LEFFERTS.

12) **Brousses. Ein Fall von spontanem Aneurysma der Art. thyreoidea inferior. (Sur un cas d'aneurysme spontané de l'artère thyroidienne inferieure.)** *Revue de chirurgie. 1891. Paris XI. p. 777—793.*

B. erzählt von einem Kranken, der eine Angina auf der rechten Seite be-

kam und ein paar Tage darauf mit einer acuten Nephritis erkrankte; kurz danach entwickelte sich an der linken Seite des Halses ein Tumor, den man bald als ein Aneurysma erkannte; nach Verlauf weniger Tage starb der Kranke infolge dieses Tumors an Asphyxie. B. schliesst an die Krankengeschichte einige interessante Schlüsse an, zu denen das Studium dieses Falles ihn geführt hat.

E. J. MOURE.

13) **C. Abate** (Catania). **Ein Fall von Dysphagie wahrscheinlich corticalen Ursprungs. (Sopra un caso di disfagia probabilemente d'origine corticale.)** *Archivii ital. di laringologia. October 1891.*

A.'s Fall betrifft einen 18jährigen jungen Menschen, der nach einem heftigen Trauma am Kopfe 13 Tage lang Zeichen von Hirnerschütterung und Dysphagie darbot, in dem Maasse, dass er nicht den kleinsten Bissen Brod, und auch nicht einen Tropfen Wasser ohne die Hülfe der Schlundsonde herabzubringen vermochte.

A. hat den Kranken mit dem faradischen Strom, jedesmal 4—5 Minuten lang, behandelt: Nach 5 Tagen konnte der Pat. ein Stück Brod, das in Milch getaucht war, ohne Sonde schlucken, nach 9 Tagen war er ganz geheilt.

A. nimmt ein motorisches Schluckcentrum an, meint aber, dass dem vorliegenden Fall nur ein wenig tiefgreifender Process zu Grunde gelegen habe.

CARDONE.

14) **Bayer. Das Reflexasthma nasalen und gastro-intestinalen Ursprungs. (De l'asthme réflexe d'origine nasale et gastro-intestinale.)** *Rev. de Laryngol. etc. Paris 1891. XI. 353—356.*

Verf. hat mehrere Male Fälle von Reflexasthma nasalen Ursprungs zu behandeln gehabt, in denen theils ein catarrhalischer Zustand, theils Tumoren als ursächliches Moment angeschuldigt werden konnten. Er berichtet in dieser Mittheilung über eine Pat., die wiederholt an nasalem Asthma litt und jedesmal geheilt wurde; das Leiden stellte sich stets von Neuem ein, wenn die Pat. an acutem Magen-Darmcatarrh erkrankte. Und auch einzig eine nach dieser Seite hin sich richtende Behandlung brachte die asthmatischen Symptome zum Verschwinden.

E. J. MOURE.

15) **A. Ceci** (Genua). **Plastische Operation in der Regio temporo-parieto-frontalis mit einem autoplastischen Lappen vom Arm von 4,5 und 17 cm = 76,50 qcm nach J. R. Wolff; vollständige Anheilung des Lappens; Vorstellung des Patienten. (Plastica della regione temporo-parieto-frontale con lembo autoplastico brachiale etc. attacchimento totale del lembo: presentazione dell' operato.)** *Gaz. degli ospitali. 2. Sept. 1891.*

Die Ueberschrift sagt genug über den Fall.

CARDONE.

16) **Coupard** und **St. Hilaire. Antipyrin-Verordnungen bei den Krankheiten des Halses und des Kehlkopfs. (De quelques usages de l'antipyrine dans les affections de la gorge et du larynx.)** *Revue de laryngol. etc. 15. Jan. 1891.*

Nach den Erfahrungen der Verff. anästhesirt das Antipyrin bei localer Application den Kehlkopf; innerlich genommen setzt es die motorische Reizbarkeit des

Rückenmarks herab. Innerlich giebt man es in Dosen von 1—2 g, lokal wird es 2 oder 3 Mal in der Woche durch Bepinseln mit einer Lösung von 4—16 g Antipyrin auf 10 g Wasser applicirt. Diese Lösungen sind gleichzeitig ein gutes Mittel gegen bestehende Congestionen. Die Verff. berichten über mehrere Fälle von Laryngitis, die sie auf diesem Wege geheilt haben. E. J. MOURE.

17) **Th. St. Hilaire. Demonstration der local anaesthesirenden Eigenschaften des Antipyrins und seine Verwendung bei gewissen Affectionen des Halses und des Kehlkopfs. (Démonstration des propriétés anaesthésiantes locales de l'antipyrine. De son emploi dans certaines affections de la gorge et du larynx.)** *Bull. et mem. de la Soc. de Laryng. de Paris. Juni 1891.*

Nach Verf.'s Versuchen macht das Antipyrin eine vollständige Anästhesie, die sich auf alle Qualitäten der Sensibilität erstreckt. Ihre Dauer beträgt zumeist 1—2 Stunden, doch darf für diesen Zweck die Stärke der Lösung nicht unter 30 pCt. betragen. Man kann diese Eigenschaft des Antipyrins bei gewissen schmerzhaften Affectionen des Halses und des Kehlkopfs gut verwerthen.

E. J. MOURE.

18) **Cartaz. Eczematöses Erythem nach Salol-Einblasungen. (Erythème eczémateux à la suite des pansements au salol.)** *Bull. et mem. de la soc. de Laryngol. etc. de Paris. Juni 1891.*

Verf. beobachtete eine Anzahl von Fällen, in denen Kranke nach Einblasung von Salolpulver in die Nasenhöhle wegen operativer Eingriffe in der Nasenschleimhaut starke eczematöse Ausschläge bekamen, die nach Aussetzen jenes Medikamentes verschwanden. Es muss hinzugefügt werden, dass alle diese Patienten Arthritiker waren und bereits Erscheinungen der gichtischen Diathese auf der Haut gehabt hatten. E. J. MOURE.

19) **Leopold Casper. Ein neues Elektroskop für Urethra, Vagina, Ohr, Nase und Rectum.** *Berl. klin. Wochenschr. 1891. No. 3½.*

Beschreibung eines von W. A. Hirschmann nach Casper's Anregung construirten Elektroskops. LANDGRAF.

b. Nase und Nasenrachenraum.

20) **R. Kayser** (C. H. May). **Der Weg der Athemluft durch die Nase. (Route of respired air trough the nose.)** *Arch. Otology. Vol. 20. No. 1.*

Die Uebersetzung eines Artikels von Kayser (Breslau).

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) **Tinc** (Bukarest). **Coryza (Schnupfen). (Coriza [Guturaiul].** *Progresul med. roman. 1891. No. 27.*

Verf. rühmt die öftere Bestreichung der Nasenlöcher mit einer aus Vaselin, Lanolin, Zinkoxyd ana 30,0, Salicylsäure 1,0 zusammengesetzten Salbe. Gegen

ulceröse Mandelrachen- und Mundentzündung empfiehlt derselbe Morgens und Abends eine Mischung aus Glycerin 100, Tannin 50 und Borsäure 25 zu pinseln.

SENTINON.

22) **E. Stangenberg** (Schweden). **Ueber chronischen Schnupfen. (Om kronisk snufva.)** *Helsovännen. 1891. VI. 95—98.*

Enthält nichts Neues. SCHMIEGELOW.

23) **A. Bergmann** (Riga). **Zur Pathologie und Therapie der catarrhalischen Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Petersb. med. Wochenschr. 1891. No. 8.*

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. Da dieser Vortrag den Lesern dieses Centralblattes wenig neues bringt, so wollen wir nur erwähnen, dass Vortr. den sogen. trockenen Katarrh der Nase während der Influenzaepidemie häufig beobachtet hat, und zwar bei Pat., die früher an der Nase nicht gelitten hatten. Ferner erwähnt Vortr. einen sehr interessanten Fall von Reflexneurose. Pat., 30 Jahre alt, Prediger, leidet an Schwellungskatarrh der Nase. Bei starken stimmlichen Anstrengungen, in der kalten Kirche und im Freien, bemerkt Pat. ein successives „Festwerden" der Nase; dann fange er rechts am Rippenrande zu schwitzen an und gehe der Schweissausbruch über den ganzen Körper, worauf es dazwischen zum Ausbruche eines Ausschlages komme. Vortr. hat selbst den Ausschlag gesehen, derselbe glich einem Herpes. Pat., ein kräftiger Mann, ist sonst nie krank gewesen. Localbehandlung befreite Pat. von seinen Beschwerden. LUNIN.

24) **Lieven. Zur Aetiologie der Rhinitis fibrinosa.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 48, 49. 1891.*

Es giebt 2 Formen, die genuine primäre und die secundäre artificielle Rhinitis fibrinosa, welche nach Operationen in der Nase auftritt, die eine Entzündung der Schleimhaut hervorgerufen haben. Maggiore und Gradenigo halten den Staphylococcus pyogenes aureus für die Krankheitsursache. L. stellte bakteriologische Untersuchungen an mehreren in der Seifert'schen Klinik beobachteten Fällen an und kam zu dem Resultat, dass die Ursache der Erkrankung ein Coccus ist, der mit dem Staphylococcus pyogenes zwar Aehnlichkeit besitzt, sich von diesem aber durch ausserordentlich schnelles Wachsthum und durch dauernde Infectionsfähigkeit auszeichnet. Ausführlich ist die Literatur berücksichtigt. SCHECH.

25) **Eltner. Aetiologie der Ozaena simplex.** Rudolstadt, Dabes. 1891.

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

26) **G. Thomas. Atrophische Rhinitis. (Atrophic rhinitis.)** *Times and Register. 20. Juni 1891.*

Th. hielt einen — noch nicht publicirten — Vortrag und demonstrirte dabei ein verbessertes Spray-Ansatzrohr zur Reinigung der postnasalen Räume von der vorderen Nasenöffnung aus. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **N. H. Pierle. Kurze Mittheilung über nasale Vibration (Massage) nebst Bericht über einige Fälle. (A brief communication on nasal vibration [massage] with report of cases.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 10. Oct. 1891.*

P. berichtet über 6 Fälle von foetider Rhinitis atrophicans, die nach der von M. Braun auf dem X. Internat. Med. Congress mitgetheilten Methode behandelt wurden; P. kommt zu dem Schlusse, dass 1. der Reinlichkeit, die als ein so wesentliches Moment dieser Behandlungsweise hingestellt wurde, wohl das Meiste von der schnellen Heilung zufällt. 2. Die vibratorischen Bewegungen können wohl auch für sich allein von Nutzen sein, da sie anregend auf die Lymph- und Blutgefässe wirken, aber 3. wir dürfen es für sicher halten, dass die Massage gar nichts oder doch nur wenig beiträgt zur Regeneration des atrophischen Gewebes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **Seifert. Pemphigus der Nasen- und Rachenschleimhaut. (Du pemphigus de la muqueuse nasale et pharyngienne.)** *Revue de laryngol. etc. 1. Febr. 1891.*

S. beobachtete bei seiner Kranken zu wiederholten Malen die Bildung von Pemphigusbläschen in Nase und Rachen. Die Schmerzen verschwanden, sobald die Bläschen gebildet waren. Es entstand dann ein fibrinöses Exsudat, das mehrere Tage bestehen blieb, ohne zu subjectiven Beschwerden Anlass zu geben. Zu bemerken ist noch, dass die Kranke niemals etwas ähnliches auf der Haut gehabt hat. — Es schliesst die Arbeit mit einer Bibliograpie der Krankheit.

E. J. MOURE.

29) **E. L. Shurley. Ein Fall von vermeintlicher Nasentuberculose beim Affen. (A case of supposed nasal tuberculosis in a monquey.)** *N. Y. Med. Journal. 7. Nov. 1891.*

Der unvermeidliche Schluss, den wir aus dem Falle ziehen müssen, ist der, dass der Affe sich eine schwere eitrige Entzündung der Nasenwege mit Einschluss der benachbarten Höhlen infolge von Eindringen irgend eines Parasiten oder eines anderen Fremdkörpers zuzog. Von den Zähnen kann dieselbe ihren Ausgang nicht genommen haben, da diese untersucht und normal befunden wurden.

Ob die Tuberkelbacillen sich später dort ansiedelten, indem sie sozusagen ein saprophytisches Dasein führten, und ob sich, hätte das Thier keine Behandlung erfahren, die Mikroben an dieser Stelle festgesetzt haben würden, das sind interessante Fragen. Warum aber die Bacillen auf einem so guten Boden nicht wuchsen, und in dem Respirationstractus des Affen sich nicht niederliessen, indem sie dort eine Lungentuberculose erzeugten, das bleibt räthselhaft. Nach dem Falle, wie er nun einmal liegt, können wir jedenfalls den einen Schluss nicht vermeiden, dass das Vorkommen von Tuberkelbacillen allein noch kein untrügliches Zeichen von Tuberculose ist.

LEFFERTS.

30) **Piffard. Tertiäre Ulceration in der Nase. (Tertiar ulcer of the nose.)** *Journ. of Cutaneous and Genito-urin. dis. März 1891.*

Vorstellung des Patienten. Die Anamnese ergab keinen Anhaltspunkt für

einen primären Affect und nur sehr zweifelhafte Zeichen einer secundären Eruption. Der Patient war auf Carcinom behandelt worden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **Krause. Fall von Lupus der Nase, des Zahnfleisches, des Gaumens und der Zunge.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 8. 1891.*

Vorstellung eines Kranken, der mit Koch'scher Lymphe behandelt worden war und kräftig reagirte, so dass er 12 Pfund abnahm. Theilweise Heilung mit Narbenbildung. P. Heymann sah nach rascher Besserung wieder völlige Recidive.

SCHECH.

32) **H. Krause. Ein Fall von Lupus der Nase und Schleimhäute nach fünfwöchentlicher Behandlung mit Koch'schem Tuberculin.** *Deutsche med. Woch. 1891. No. 11.*

Beobachtung war noch nicht abgeschlossen. Weitere Berichterstattung in Aussicht gestellt.

LANDGRAF.

33) **Socin** (Basel). **Lupus der Nase.** Sitzungsbericht. *Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. No. 1. 1891.*

Kurzer Bericht ohne rhinologisches Interesse.

JONQUIÈRE.

34) **E. L. Mann. Kopfschmerzen aus nasalen Ursachen. (Headaches due to nasal causes.)** *Hahnemann Med. Monthly April 1891.*

M. unterscheidet 4 Arten von Kopfschmerzen nach ihrer Abhängigkeit von

1. Nicht-Lufthaltigkeit der Stirn- und Keilbeinhöhlen.
2. Erkrankung der accessorischen Höhlen.
3. Directen Druck der mittleren Muschel auf das Septum.
4. Reflectorischen Ursachen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **M. Leal. Einige Beobachtungen über Heufieber. (Some observations on hay fever.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngol. Oct. 1891.*

Verfasser spricht sich für die Pollen-Theorie aus.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **Mansmann** (Pirmasens). **Ueber Reflexneurosen, die von der Nase und vom Rachen ausgehen.** Inaug.-Diss. Heidelberg. 1891.

In der fleissigen, die Literatur sorgfältig berücksichtigenden Arbeit werden aus der ambulatorischen Klinik von Jurasz jene pathologischen Reflexerscheinungen mitgetheilt, welche als von der Nasenschleimhaut, von der Schleimhaut des Rachenraumes und des Rachens ausgehend betrachtet werden konnten. Die Beobachtungen erstrecken sich auf die Jahre 1882—1889. Es wurde Asthma 39 mal, sonstige Athembeschwerden 82 mal, Husten 20 mal, allerlei Stimmstörungen 57 mal, Glottiskrampf 2 mal, chronische Paresen 39, Pharynxparästhesieen 59 mal, Schluckbeschwerden 82, Kopfschmerz in 270 Fällen, Ohrenschmerzen 43, reine Neuralgien 12, allerlei Schmerzen in Brust, Schulter und Rücken, theils ausstrahlend, theils rheumatisch 34 mal, Schwindel 5 mal, Nieskrampf 4 mal, im Ganzen 748 Fälle beobachtet.

SEIFERT.

37) **E. Marcel** (Bucuresci). **Hysterische Zufälle nasalen Ursprungs. (Accidente isterice de origina nasala.)** *Spitalul. 1891. No. 8.*

Rumänische Wiedergabe der vom Verf. in der 8. Sitzung der Section für Laryngologie und Rhinologie des 10. Internationalen Congresses in Berlin, August 1890, gemachten Mittheilung. SENTINON.

38) **Jacobi** (New York). **Theilweise oder allgemeine Chorea minor durch Nasenrachenreflex.** Separ.-Abdr. aus der Festschr. zu E. Henoch's 70. Geburtstag.

Fälle von theilweiser oder allgemeiner Chorea, welche in der Weise entstanden waren, dass chronische Reizzustände im Ausbreitungsgebiete des Trigeminus (chronische Entzündung der Pharynxschleimhaut; Hypertrophie der Mandeln, Schwellung der Nasenschleimhaut etc.) reflectorisch Muskelzuckungen im Gesicht hervorriefen, hat Jacobi in den letzten 6 Jahren 10 gesehen. Die Aehnlichkeit mit Chorea minor wird noch dadurch grösser, dass die Zuckungen sich auch den Extremitäten mittheilen können. Solche Kranke können auf Zureden die Zuckungen unterdrücken und werden durch Behandlung der Nasen-, Rachenkrankheiten von ihren Zuckungen befreit. SEIFERT.

39) **R. Sota y Lastra** (Sevilla). **Hautschmerz nasalen Ursprungs. (Dermalgia de origen nasal.)** *Revista de lar., ot. y rinol. 1891. No. 8.*

Der in Bezug auf Nasenreflexe etwas skeptische Verf. hat an sich selbst einen solchen bei Gelegenheit eines Schnupfens beobachtet. Dieser begann mit einer Folliculitis pilosa, — die sich auf die Nasenschleimhaut und den Thränencanal ausdehnte, unter Erzeugung eines phlyctänulären Erysipels auf der Nasenhaut und den Augenlidern, — einer recht heftigen Supraorbitalneuralgie und eines so starken Hautschmerzes auf einer 6 qcm grossen Fläche am linken Scheitel, dass der geringste Druck ihm einen Schrei auspresste und die leichteste Berührung des Kopfes den Schmerz steigerte, während auf der ganzen Fläche zwischen dieser Stelle und dem Arcus superciliaris weder Druck auf die Haut noch Ziehen am Haar irgendwelchen Schmerz auslöste. Die Einführung eines in 10 proc. Cocainlösung getränkten Wattepfropfes in die Nase milderte den Hautschmerz sehr, doch dauerte derselbe auch nach Aufhören des Fiebers, der Allgemeinerscheinungen und der Superciliarneuralgie noch fort und liess nur ganz allmälig mit dem Abnehmen der Nasenaffection nach, hörte aber erst ganz auf, als die Schneider'sche Membran zur Norm zurückgekehrt war. GONGORA.

40) **Raulin. Schleimhauthypertrophie am hinteren Ende der Nasenscheidewand und Störungen der Stimme. (Hypertrophie de la muqueuse du segment postérieur de la cloison et troubles de la voix.)** *Revue de Laryngol. etc. 15. Mai 1891.*

Verf. berichtet über 2 Fälle, in denen Hypertrophien am hinteren Abschnitt des Septums zu Störungen der Stimme Anlass gegeben hatten (Verlust der hohen Töne, Kratzen, Heiserkeit, Aphonie). Verf. fragt sich, ob diese Störungen reflectorischen oder mechanischen Ursprungs sind; er kommt zu der Antwort, dass die zweite Annahme mehr Wahrscheinlichkeit besitzt als die erste. In allen

Fällen führt die Zerstörung dieser Hypertrophien mit dem Galvanokauter das Verschwinden dieser Phänomene herbei.

E. J. MOURE.

41) **Onodi (Pest). Ein Fall von Tuberculose der Nasenscheidewand.** Demonstrirt in der Gesellsch d. Aerzte in Pest am 7 Nov. 1891. — *Pest. med. chir. Presse. 1891. No. 46.*

Keine Details.

CHIARI.

42) **Gellé. Ausgedehnte Perforation des Nasenscheidewandknorpels bei Typhus. (Perforation étendue du cartilage de la cloison du nez dans la fièvre typhoide.)** *Bullet. et Mem. de la Soc. de Laryng. de Paris. Juni 1891 und Tribune med. 11. Juni 1892.*

Verf. stellt die verschiedenen Ursachen zusammen, die man beim Typhus für die Einwirkung auf die Gewebe verantwortlich machen könnte. In dem Fall, über den er berichtet, entwickelte sich der Process, der zur Perforation führte, deutlich mit dem Beginne der Allgemeinaffection und man wird kaum an das Mitspielen von Thrombosen und Embolien denken können. Wiederholtes anhaltendes Nasenbluten begleitete die ganze Entwickelung der Perforation, während eine Ulceration erst spät zu constatiren war. Die locale Reizung war auch hier ganz evident, der Kranke war jeden Augenblick mit dem Finger an der Nase.

E. J. MOURE.

43) **Pierce Brown. Deviationen der Nasenscheidewand. (Deviations of the nasal septum.)** *Canadian Practitioner. 1. Sept. 1891.*

Eine allgemeine Uebersicht über diesen Gegenstand; nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

44) **Peyrissac. Electrolyse der Nasenscheidewand. (Electrolyse de la cloison des fosses nasales.)** *Rev. de laryngol. etc. Paris. 1891. XI. 269—73.*

Verf. berichtet über einen Fall von Deviation der Nasenscheidewand, den er mit monopolarer Electrolyse behandelte. Die ganze Sitzung dauerte 25 Min., die Stromstärke betrug 40 Milliampères in den ersten 4—5 Min., die übrige Zeit unter 20 Milliampères. Acht Tage lang empfand der Kranke Zahnschmerzen, besonders in der Gegend der Schneide- und Eckzähne.

E. J. MOURE.

45) **Potiquet. Ein Fall von Correction einer Nasenscheidewandverbiegung durch ein Trauma. (Un cas de deviation de la cloison des fosses nasales corrigée par un traumatisme.)** *Rev. de Laryngol. etc. Paris. XI. 225—235 und Journ. de med. de Paris. 1891. 237—241.*

Verf. erinnert daran, wie widersprechend die Anschauungen der Autoren bezüglich der Nasenscheidewandverbiegungen sind. Von allen Ursachen einer solchen ist das Trauma die am häufigsten angezogene. Der Zufall einer Section hat dem Verf. einen Fall gezeigt, in dem eine Fractur des Septums bestand, welche im Gegentheil durch ihre Lage eine enorme Deviation ausgeglichen hatte. Diese Fractur hatte zu einer Callusbildung geführt und das anatomische Präparat ist geeignet, das von Krieg zur Geraderichtung von Deviationen der Cartilago quadrangularis empfohlene Verfahren zu stützen. Die Verlaufsrichtung der

Fractur im Allgemeinen erinnerte an die Schnittrichtung, die Roberts für die Operation ähnlicher Fälle vorgeschlagen hat. E. J. MOURE.

46) **Cholewa. Ueber Resection des Septum narium.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde etc. No. 9. 1891.*

Ch. theilt die Difformitäten des Septum in 3 Klassen: in Ecchondrosen, Scoliosen und Infractionen. Gleichzeitige Combinationen anderer Formen sind sehr häufig. Die von Cholewa erfundene Methode hat grosse Aehnlichkeit mit der von Krieg beschriebenen, unterscheidet sich aber darin, dass Cholewa nicht allein die Deviation der Knorpelplatte zu beseitigen sucht, sondern noch die Deviation der daran schliessenden Knochenlamelle und dass dies mit Hammer und Meissel geschieht. SCHECH.

47) **Noquet. Umfangreiches Papillom an dem hinteren Ende der linken unteren Muschel festsitzend. (Papillome volumineux s'implantant sur l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche.)** *Rev. de Laryngol. etc. Paris. 1891. XI. 339—341.*

Verf. theilt einen Fall dieser Art mit, allein er hat bisher noch nicht die histologische Untersuchung des Tumors vorgenommen. Da diese Geschwülste recht selten vorkommen, hat es Noquet für richtig gehalten, seinen Fall zu veröffentlichen. E. J. MOURE.

48) **Allen. Epitheliom der Nase. (Epithelioma of the nose.)** *St. Louis Med. and Surg. Journ. Juni 1891.*

Verf. berichtet über einen Fall; die Geschwulst wurde beseitigt durch wiederholte Applicationen von Arsenik- und Zinkchlorid-Paste, denen täglich eine Application einer Aristolsalbe (5 pCt.) und des trockenen Pulvers folgte. Da dann noch Zeichen von Krebs bestanden, wurde Pyoktanin in einer Lösung von 1 : 300 applicirt, worauf die Besserung fortschritt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **C. Staurenghi. Das constante beiderseitige Vorkommen zweier orbitosphenoidaler Ossificationspunkte zur Bildung der hinteren Partie des Knorpels der Fortsetzung des Orbito-Sphenoidalbeins „vorderen Sphenoidalbeins" beim Ziegenbock und beim Stier. (Esistenza bilaterale constante di due punti ossei orbito-sfenoidei per ossificazione della parte posteriore della cartilagine di prolungamento del l'orbito-sfenoide „sfenoide anteriore" della capra hircus e del bos taurus l.)** *La Riforma Medica. 3. Sept. 1891.*

Der Titel sagt genug über den Inhalt. CARDONE.

50) **Walsham. Eiterung in den Nasenhöhlen. (Suppuration in the nasal cavities.)** *N. Y. Med. Record. 12. Sept. 1891.*

Ein Auszug aus einem Vortrage, den Verf. auf der 59. Jahresversammlung der Brit. Med. Assoc. am 28. Juli 1891 gehalten hat. LEFFERTS.

51) **C. H. Mayo. Die chirurgische Behandlung der eitrigen Erkrankungen der nasalen Höhlen. (Surgical treatment of suppurative diseases of the nasal sinuses.)** *Northwestern Lancet. 1. August 1891.*

Verf. berichtet über 5 Fälle, die er operirt hat. Der Ausfluss von Eiter

aus den Nasenlöchern ist ganz bezeichnend für eine eitrige Erkrankung einer der accessorischen Höhlen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **A. G. Miller** (Edinburgh). **Abscess des Antrum mit nachfolgendem Empyem der Stirnhöhle. (Abscess of antrum followed by empyema of frontal sinus.)** *Edinburgh Med. Journ. Sept. 1891.*

Der Pat. wird als geheilt vorgestellt. P. M'BRIDE.

53) **Gapin. Abscesse der Kieferhöhle. (Abscès des sinus maxillaires.)** *Thèse de Paris. 1891.*

Die Abscesse der Kieferhöhlen sind sehr viel häufiger, als man wohl annimmt, denn sie kommen öfters in nicht ganz deutlichen Formen vor. In allen Fällen wird die Eiterung verursacht durch ein pyogenes Agens, dessen Eindringen sehr häufig von einem Erkrankungsprocesse im Zahne abhängt. Ein Symptom fehlt niemals in allen chronischen Formen, das ist der Ausfluss aus der Nase.

Die Beleuchtung durch Transparenz ist eine Verfahren, dessen diagnostischen Werth man übertrieben hat.

Die Perforation von der Zahnalveole aus verdient den Vorzug vor anderen Behandlungsmethoden. J. BARATOUX.

54) **H. Foster. Empyem der Highmorshöhle mit rein nasalen Symptomen. (Empyema of the antrum with only nasal symptoms.)** *Kansas City Medical Record. November 1891.*

F. lenkt die Aufmerksamkeit auf ein nicht allgemein bekanntes Symptom, nämlich eine ausgesprochene Röthe des Gaumens an der der afficirten Höhle entsprechenden Stelle. F. erblickte die gewöhnlichste Ursache des Empyems in der Gegenwart cariöser oberer Zähne und zwar meist eines Bicuspidal- oder ersten Molarzahnes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) **Caselli. Diagnose und Therapie des Empyems der Highmorshöhle. (Diagnosi e cura dell'empiema dell'antro d'Highmoro.)** *Bollett. de l'Ac. Med. de Gênes. No. 2. 1891.*

Nichts Bemerkenswerthes. CARDONE.

56) **N. Snamenski** (Moscau). **Zur Behandlung des Highmorshöhlen-Empyems. (K letscheniu empyemi sinus Highmori.)** *Med. obosr. 1891. No. 7.*

S. meint, die Recidive können entstehen, wenn die Fistel im Alveolarfortsatz von unten her heilt und sich Flüssigkeit in dem oberen noch offenen Theil der Fistel ansammelt, dort stagnirt, sich zersetzt und dadurch die Eiterung wieder wachruft. Deshalb empfiehlt Verf. die Heilung der Fistel von oben zu veranlassen, indem er in die Fistel einen Stift schiebt und denselben allmälig von oben kürzt. LUNIN.

57) **Krantz. Ueber die verschiedenen Operationsmethoden bei Empyem der Highmorshöhle.** Dissertation. Berlin. 1891

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

58) **Zarniko. Aspergillusmykose der Kieferhöhle.** *Deutsche med. Wochenschr. 1891. No. 44.*

Obige Affection wurde beobachtet bei einer 50jähr. Frau, welche an polypöser Hypertrophie der beiden mittleren Muscheln und linksseitigem Empyema antri litt.
LANDGRAF.

59) **P. Smurra. Zwei Fälle von Syphilis der Highmorshöhle. (Due casi di sifilide dell'antro d'Highmoro.)** *Arch. internaz. delle spec. med.-chir. Juli 1891.*

Nichts Bemerkenswerthes.
CARDONE.

60) **Chauveau** (Paris). **Trocar für die Highmorshöhle.** *Illustr. Monatsschrift für ärztl. Polytechnik. 1891. November.*

Mit obigem Trocar wird des Empyem des Sinus maxillaris entweder von der Fossa canina oder von einem Zahnalveolus aus punktirt. Der Handgriff ist abschraubbar; über das Stilet kann man eine kurze Metalldrainageröhre einschieben, welche den permanenten Eiterabfluss sichert.
SEIFERT.

61) **W. Robertson** (Newcastle). **Die Highmorshöhle. (Antrum of Highmore.)** *Lancet. 26. Dec. 1891.*

R. demonstrirt der Newcastle und Tyne Clin. Society den Werth der elektrischen Beleuchtung für die Diagnose des Empyems der Highmorshöhle.
MACKENZIE-JOHNSTON.

62) **C. Ziem. Nochmals die Durchleuchtung der Kieferhöhle.** *Berliner klin. Wochenschr. 1891. No. 48.*

Kurze Polemik gegen G. Schaff und Avellis.
LANDGRAF.

63) **J. Neumann** (Pest). **Durchleuchtung der Nasennebenhöhlen mittelst elektrischen Lichtes.** Demonstration in der Gesellsch. d. Aerzte in Pest am 31. Oct. 1891. *Pest. med.-chir. Presse. 1891. No. 45.*

N. demonstrirt die Vohsen'sche Glühlichtvorrichtung zur Durchleuchtung der Oberkiefer- und Stirnhöhle.
CHIARI.

c. Mundrachenhöhle.

64) **D. Axenfeld. Neuer Beitrag zur Physiologie der Sinnesorgane. (Nuovo contributo alla fisiologia degli organi dei sensi.)** *Atti de l'Acad. Med. de Perugia. 1891.*

Die Mittheilung A.'s theilt sich in 5 Theile, von denen uns hier der letzte interessirte. — A. erweist, dass die Chorda tympani specifische Fasern zum Rand und zur Spitze der Zunge sendet. Bringt er 2—3 Tropfen einer 10 proc. Cocainlösung in den äusseren Gehörgang, so dass sie die Membrana tympani erreichen, so lässt sich nach 1/4 Stunde eine Herabsetzung des Geschmacks constatiren. Nach A. muss das von den Lymphbahnen absorbirte Cocain wegen der

anatomischen Vertheilung des Nerven, zu allererst die Chorda tympani berühren, ehe der Lingualis und der dritte Ast des Trigeminus erreicht werden.

CARDONE.

65) **Feré. Die Untersuchung der Bewegungen der Lippen. (Sur l'exploration des mouvements des lèvres.)** Soc. de Biologie. — *Bulletin med. 7. Oct. 1891.*

Die Bewegung der Lippen, die sich am besten zur dynamometrischen Untersuchung eignet, ist die Propulsionsbewegung.

Aus F.'s Untersuchungen geht hervor, dass bei der Hemiplegie auf organischer Basis ebenso, wie bei hysterischer Hemiplegie, der Orbicularis oris geschwächt ist. An Stelle des normalen Druckes von 7—800 g, giebt er nur noch 3—400. — Selbst in ausgesprochenen Fällen von Facialislähmung dagegen liess sich keine erheblichere Schwäche constatiren, eine Thatsache, die sich daraus erklären lässt, dass der M. orbicularis oris von beiden Facialisnerven innervirt wird.

F. bediente sich bei seinen Messungen eines Apparates, der auch die Reactionszeit der Zunge und der Lippen in jedem Falle registrirte; er konnte für die Lippen sowohl wie für die Zunge feststellen, dass die Verzögerung der Reaction der Muskelschwäche entspricht.

Mit Hülfe seines Apparats konnte F. auch positiv beweisen, dass bei Stotterern und Stummen eine Parese und eine Verlangsamung der Lippenbewegung besteht und zwar Beides in weit höherem Grade, als in den Fällen von Hemiplegie.

J. BARATOUX.

66) **Frank Steele** (London). **Schanker der Oberlippe. (Chancre on upper lip.)**

Mittheilung eines Falles von ausgesprochenem harten Schanker an der Oberlippe.

MACKENZIE-JOHNSTON.

67) **Mac y Soler. Epitheliom der Unterlippe; plastische Operation. (Epitelioma del labio inferior. Labioplastia.)** *Rev. de esper. med. quirurg. No. 13. 1891. Madrid.*

Nicht zugänglich.

GONGORA.

68) **B. Martino** (Neapel). **Necrose des Unterkiefers: Heilung nach intrabuccaler Sequestrotomie. (Necrosi estesa de la mascellare inferiore: sequestrotomia intrabuccale seguita da guarigione.)** *Progresso medico. 10. Dec. 1891.*

Die Krankheit begann als acute Osteomyelitis; der Sequester nahm die volle Hälfte des Unterkiefers ein.

CARDONE.

69) **Bennecke. Zur Genese der Kiefercysten.** Halle a S, E. Koner. 1891.

Dem Referenten nicht zugänglich.

SEIFERT.

70) **John** (Bellheim). **Ueber Oberkiefersarkom.** Inaug.-Dissert. Würzburg. 1889.

Ergebniss der histologischen Untersuchung eines Präparates von Oberkiefersarkom.

SEIFERT.

71) **Recasens** (Barcelona). **Resection des linken Oberkiefers wegen Sarkoms im Antrum Highmori (Reseciun del maxilar superior izquierdo por sarcoma de la cueva de Higmoro.)** *Gaceta sanitaria de Barcelona. 1891. Juni.*

Der 58jährige Kranke leidet schon 10 Jahre an verschiedenen Stellen seines Körpers an einem herpesartigen Eczem. Schmerzen in der linken Wangé veranlassen ihn, sich mehrere Backenzähne ausziehen zu lassen; aber die Schmerzen dauern fort, die Wange schwillt an, der Alveolarrand verdickt sich, das Kauen wird beschwerlich, die Speichelabsonderung nimmt stark zu, das Gaumendach wird schwammig und die untere und mittlere Nasenmuschel schwellen bedeutend an; weder Blutung noch lancinirende Schmerzen. Verf. diagnosticirt eine maligne Geschwulst des Oberkiefers und schreitet zur Operation mittelst eines horizontalen, vom inneren linken Augenwinkel bis zum Orbitalfortsatze reichenden Schnittes und eines zweiten senkrechten, der Nase entlang bis zur Oberlippe verlaufenden. Die Wunde heilte ziemlich schnell. Die histiologische Untersuchung ergab, dass es sich um ein spindelzelliges Sarkom handelte. GONGORA.

72) **Castillo** (Cordoba). **Neues Verfahren bei der Resection des Unterkieferkörpers. (Un nuevo proceder para la reseuión del cuerpo del maxilar inferior.)** *Gaceta médico catalana. 1891. No. 11.*

Verf. durchsticht die Weichtheile mit einem Trokar am unteren Rande des Knochens hinter der Mundfläche desselben und führt dann durch die Canüle die Kettensäge ein, um den Knochen durchzusägen. Die Einzelheiten und Vortheile dieses Verfahrens finden sich des genauesten in den Verhandlungen des Internationalen Aerztecongresses zu Barcelona, 1888, Bd. II, S. 895, beschrieben.

GONGORA.

73) **Chaintre. Fremdkörper des Gesichts. (Corps etranger de la face.)** *Lyon méd. 1. Februar 1891.*

Demonstration eines Projectils von 9 cm Länge und 45 g Gewicht. Dieser Fremdkörper war aus dem Oberkiefer extrahirt worden, nachdem er daselbst 4 Jahre gesteckt hatte. E. J. MOURE.

74) **Dittrich** (Prag). **Wichtigkeit der Mikroorganismen des Mundes für den menschlichen Organismus.** Vortrag im Verein deutscher Aerzte in Prag am 18. März 1891. — *Prager med. Wochenschr. 1891. No. 11. p. 128.*

Ein Mann wurde mit Stockschlägen auf Brust und Kopf misshandelt und starb, nachdem noch Parotitis und Pneumonie dazugetreten war, an Blutaustritten in das Gehirn und unter die Gehirnhäute. Die Section ergab folgende Auskunft: die Parotitis war auf Staphylococcus pyogenes aureus zurückzuführen, welcher sich in den Drüsengängen aber nicht in Blut- und Lymphgefässen fand, so dass er vom Munde aus durch den Ductus Stenonianus eingewandert sein musste. Die Pneumonie war durch den Fränkel-Weichselbaum'schen Diplococcus pneumoniae veranlasst. Mit der ursprünglichen Verletzung standen daher diese zwei Erkrankungen nur insofern in Zusammenhang, als sie den Organismus geschwächt und für die Einwirkung der Mundbakterien empfänglich gemacht hatten. CHIARI.

75) **Thomas. Die Sorge für den Mund. (The care of mouth.)** *N. Y. Med. Rec. 19. Dec. 1891.*

Das beste Zahnreinigungsmittel ist Seife, dieselbe löst den Schleim und entfernt auch das zwischen den Zähnen befindliche gründlicher als irgend ein anderer Stoff. Nach einem gründlichen Bürsten mit Seife oder mit Seifen-Rinden-Tinktur (Quillaja saponaria) soll man noch mit einem Antisepticum ausspülen. Die am meisten wirksamen Antiseptica für diesen Zweck, die beide im Stande sind, Mikroorganismen in einer Minute zu tödten, sind Thymol 1 : 25000 und Sublimat 1 : 5000. Folgende Mischung empfiehlt T. als ein zweckmässiges und angenehmes Desinficiens für den Mund:

Rp.	Thymol	0,2
	Ac. benooic.	0,65
	Tinct. Eucalyptus .	12,0
	Ol. Ment. piperith. .	gtt. X.
	Alcohol	100,0

M. S. Soviel in ein Glas Wasser zu lösen, dass dieses getrübt ist. Mundwasser!

LEFFERTS.

76) **A. Lenhardtson** (Schweden). **Neue Versuche auf dem Gebiete der Mundhygiene. (Nya rön inom munhygieinen.)** *Eira. 15. Dec. 1891. p. 765.*

Hauptsächlich ein Referat über die diesbezüglichen Versuche Miller's.

SCHMIEGELOW.

77) **N. P. Parisis** (Cairo). **Starke Stomatitis nach einer minimalen Calomelgabe.** *(Υδραργυρικὴ στοματῖτις κραταιὰ ἀπὸ ἐλαχίστης δόσεως καλομελάνου.) Γαληνός. 1891. No. 34.*

Die von der 27jährigen Dame genommene Calomelmenge betrug 4 g (0,24) auf 8 Pillen vertheilt und war in 4 Tagen, Morgens und Abends eine Pille, verbraucht worden. Verf. macht auf die so verschiedene Empfindlichkeit für Quecksilberpräparate aufmerksam.

SENTINON.

78) **Diday. Contagiosität der Stomatitis mercurialis. (Contagion de la stomatite mercurielle.)** *Lyon méd. 15. März 1891.*

Verf. berichtet über einen Fall, der für die Contagiosität der Quecksilberstomatitis spricht.

E. J. MOURE.

79) **Marandon de Montyel. Zwei Fälle von Stomatitis nach Bromkali. (Deux observations de stomatite bromo-potassique.)** *Gas. des hôpit. 1891. p. 152.*

Die Medication von Bromkali kann beim Menschen, selbst in kleinen Dosen gegeben, in freilich seltenen Fällen, eine Stomatitis zum Ausbruch bringen, die in vielen Punkten weitgehende Analogien mit der Quecksilberstomatitis darbietet. Bei dieser jedoch wird der ganze Mund vollständig ergriffen und dasselbe gilt von der Zunge; bei der Bromkali-Stomatitis aber überschreitet die Entzündung nicht das Zahnfleisch und auch hier beschränkt sie sich mehr auf die untere Hälfte, wie dies die beiden Fälle von M. zeigen. Das Kali chlor. hat einen günstigen Einfluss auf diese Affection.

J. BARATOUX.

80) **Redier. Ein Fall von ulceröser Stomatitis und alveolärer Arthritis nach Keuchhusten. (Observation de stomatite ulcereuse et arthrite alveolaire consécutive à la coqueluche.)** *Journ. des connaiss. méd. 3. Febr. 1891.*

Das Zahnfleisch geröthet und blutend, die Zähne wacklig, das Kauen schmerzhaft. Die Behandlung bestand in ziemlich tiefgreifenden Aetzungen mit dem Thermokauter und in antiseptischen Ausspülungen. E. J. MOURE.

81) **Kernig** (Petersburg). **Ein Fall von Stomatitis ulcerosa mit letalem Ausgange.** *Petersb. med. Wochenschr. 1891. No. 31.*

Eine 27 Jahre alte, kräftig gebaute und gut genährte Pat. ist angeblich 2 Monate krank. Foetor ex ore, Stomatitis mit 3 grossen und tiefen Geschwüren im Munde. Ein thalergrosses neben dem Frenulum der Oberlippe geht durch die ganze Dicke des Zahnfleisches, das zweite links vom Eckzahn geht bis auf den Knochen und greift auf die Oberlippe über, das dritte thalergross rechts am Oberkiefer. Alle Zähne locker; hohe Temperatur; kleiner frequenter Puls. Sehr bald Tod unter septicämischen Erscheinungen. Die Section klärte den Fall nicht auf. LUNIN.

82) **J. Forschheimer. Die Aetiologie der Stomatitis aphthosa. (The etiology of stomatitis aphthosa.)** *N. Y. Med. Journ. 12. Dec. 1891.*

F. meint, dass die Stomatitis aphthosa ein klinisch scharf umgrenztes Bild giebt, und dass sie durch allgemeine wie lokale Störungen charakterisirt wird. Die Aphthen selbst sind als Bläschen anzusehen, die durch die Lokalität, in der sie erscheinen — den Mund — modificirt sind. Verf. ist der festen Ansicht, dass die Aphthen nichts mit Tuberkulose zu thun haben, und er glaubt auch nicht, dass sie in irgend einem Zusammenhang stehen mit Störungen des Magens. Die an anderen Orten acceptirte Theorie, dass die Stomatitis aphthosa die Erscheinungsform der Maul- und Klauenseuche der Thiere sei, lässt sich bei den in diesem Lande vorkommenden Fällen wegen der Seltenheit der eben genannten Krankheit, nicht recht heranziehen. Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Stomatitis aphthosa ist eine Krankheit, die durch irgend welche in der Cirkulation entstandene schädlichen Substanzen erzeugt wird.
2. Diese Substanzen können ihren Ursprung in verschiedenen Processen, bakterieller oder anderer Art, nehmen.
3. Diese Substanzen können daher auch mannigfacher Art sein.
4. Sie wirken auf einen oder mehrere Nerven oder auf ein oder mehrere Nervencentren.
5. Dadurch kommt es zu einer Herpes-Eruption, die den aphthösen Process darstellt.

LEFFERTS.

83) **Ritter** (Berlin). **Beitrag zur Erkrankung des Mundes und der Zähne bei Influenza.** *Allg. med. Centralzeitung 1891. No. 96.*

Wie bei anderen Infectionskrankheiten, so wird auch bei Influenza frühzeitig die Schleimhaut des Mundes mit ergriffen. Sichtbar wird dieses Ergriffensein durch Schwellung der Weichtheile und des Periosts der Kiefer. Disponirt

zu solchen Attacken sind speciell die Mundhöhlen solcher Individuen, welche cariöse Zähne besitzen und sonst die Zähne mangelhaft pflegen. SEIFERT.

84) **G. A. Bannatyne** (Paris). **Zwei Fälle von Maul- und Klauenseuche bei Menschen. (Two cases of foot and mouth disease in the human subject.)** *Lancet. 13. Juni 1891.*

Bericht über zwei Fälle, die Verf. während eines Aufenthaltes in der Schweiz sah. Die Symptome waren Fieber, Schmerzen im Mund und Schluckbeschwerden. Die Wangenschleimhaut, der weiche Gaumen, Zahnfleisch und Lippen waren mit Bläschen bedeckt, die eine gelbliche Flüssigkeit enthielten. Einige Kühe in der zugehörigen Milchwirthschaft waren an der Maul- und Klauenseuche erkrankt. MACKENZIE-JOHNSTON.

85) **Perrin. Epitheliome, buccale Leukoplakie und leukoplasische Zustände. (Epitheliomes; leucoplasie buccale; états leucoplasiques.)** Association pour l'avancement des sciences. Marseille. 28. September. — *Semaine méd. 7. Oct. 1891.*

Verf. hat mehrere Fälle von Leukoplakie mit Degeneration des Epithels beobachtet, in zweien sass die Affection auf der Zunge, in einem anderen an der Unterlippe. Für die Verhütung der Eventualität, dass sich aus den lingualen und buccalen Leukoplakien Epitheliome bilden, bietet die chirurgische Behandlung die grösste Sicherheit. Selbst wo papillomatöse Bildungen oder Ulcerationen ganz fehlen, soll man mit dem Thermo- oder Galvanokauter alle weissen Plaques entfernen. E. J. MOURE.

86) **Duplay. Cyste am Mundboden. (Kyste du plancher de la bouche.)** *Bullet. médical. 20. Mai 1891.*

Der Fall betrifft ein junges Mädchen von 17 Jahren, die eine hühnereigrosse cystische Geschwulst am Boden des Mundes hatte; dieser war in seiner ganzen Ausdehnung durch den Tumor vorgewölbt. Verf. bespricht im Anschluss an den Fall ziemlich ausführlich die Differentialdiagnose der Dermoidcysten und Ranulageschwülste. Für die Behandlung empfiehlt er stets die Exstirpation.

E. J. MOURE.

87) **W. T. Bull. Speichelstein. (Salivary calculus.)** *N. Y. Med. Record. 24. Jan. 1891.*

Krankengeschichte eines in nichts ungewöhnlichen Falles. LEFFERTS.

88) **J. Hutchinson. Speichelstein. (Salivary calculus.)** *N. Y. Med. Journal. 31. Januar 1891.*

Bericht über 2 Fälle, von denen etwas Besonderes nicht zu sagen ist.

LEFFERTS.

89) **B. Hernandez Briz** (Madrid). **Behandlung der Froschgeschwulst bei Kindern. (Tratamento de la ránula en los ninos.)** *Revista dimia de los hospitales. 1891. Mai.*

Verf. befürwortet Einspritzungen einer Mischung aus Jodtinctur und Wasser

ana 10 g mit 1 g Jodkali versetzt. Mit solchen hat er bei einem 11jährigen Mädchen baldige Resorption einer hühnereigrossen Ranula erreicht. GONGORA.

90) **W. R. H. Stewart** (London). **Chromsäure bei der Behandlung von Cysten. (Chromic acid in the treatment of cysts.)** *Lancet. 19. Dec. 1891.*

Verf. berichtet über einige Fälle von Ranula und Cystenkropf, die er mit Chromsäure behandelte; diese Methode, die früher bereits von Woakes empfohlen wurde, ergab sehr gute Resultate. MACKENZIE-JOHNSTON.

91) **Ragoneau. Ein Fall von tuberculöser Entzündung des Zäpfchens. (Note sur un cas d'uvulite tuberculeuse.)** *Revue de laryngol. etc. 15. Oct. 1891.*

Es handelte sich um einen Pat. mit Lungen- und Kehlkopftuberculose, der Ulcerationen, ebenfalls tuberculöser Natur, am Zäpfchen hatte; dieselben verschwanden nach Bepinseln mit Chlorzink. Bei dieser Affection besteht natürlich stets Dysphagie. E. J. MOURE.

92) **Stieda** (Königsberg) **Der Gaumenwulst (Torus palatinus). Ein Beitrag zur Anatomie des knöchernen Gaumens.** *Internat. Beiträge z. wissensch. Medicin, Bd. I. 1891.*

Das Resultat seiner Untersuchungen an 1500 Schädeln fasst St. dahin zusammen, dass der Gaumenwulst (Torus palatinus) kein anthropologisches Kennzeichen, kein Rassenmerkmal sei, sondern bei allen bisher untersuchten Volksstämmen vorkomme. St. hat ausser an preussischen Schädeln auch an amerikanischen, afrikanischen, französischen Schädeln (in Paris) und an russischen, sowie an Schädeln verschiedener asiatischer Volksstämme (in Kasan) seine Untersuchungen angestellt. Ausser auf den Torus palatinus hat St. auch auf die Gefässfurchen und die Crista marginalis geachtet und diese Theile genau beschrieben, im Anschluss an die Hartgebilde findet sich dann noch Einiges über die Weichtheile hinzugefügt. Bei der Beschreibung des harten Gaumens macht St. darauf aufmerksam, dass die Sehne des M. tensor veli palatini sich nicht an den Rand des harten Gaumens, sondern an den sichelförmigen, von der Crista marginalis begrenzten Abschnitt der horizontalen Gaumenspalte anhefte. Ferner findet sich die Angabe, dass auf jeder Seitenhälfte des weichen Gaumens sich zwei Gefässfurchen, eine laterale und eine mediale erkennen lassen. Der Gaumenwulst erscheint in sehr verschiedenen Graden, in sehr verschiedenen Entwicklungsformen, der höchste Procentsatz unter den mit Gaumenwulst versehenen Schädeln fand sich unter den Schädeln der Peruaner, und zwar waren hier die allerstärksten und am meisten vorragenden Gaumenwülste zu sehen. Bemerkenswerth ist, dass der Gaumenwulst selbst drüsenfrei ist. SEIFERT.

93) **Charon. Anomalien des Gaumendachs in ihren Beziehungen zur Degeneration. (Des anomalies de la voute palatine dans leur rapports avec la dégénérescence.)** *Thèse de Paris. 2. Juli 1891.*

Verf. hat seine Untersuchungen an ungefähr 350 Personen, Gesunden und Irren, angestellt. Das Gaumensegel zeigte morphologische Abweichungen bei den Nicht-Irren in einem Verhältniss von 10 pCt. Die Anomalien des Gaumens

überwiegen an Häufigkeit über den anderen physischen Anomalien, welche die Degeneration zu charakterisiren pflegen (80 pCt. bei Irren). Diese Anomalien lassen sich in folgende Typen einreihen: flach, spitzbogig, kuppelförmig, winklig. Sie sind sehr wichtig bei der Diagnose der Geisteskrankheiten und sind oft das einzige Zeichen der körperlichen Degeneration, niemals fehlen sie in dem Ensemble der übrigen Missbildungen. Diese Gaumenanomalien folgen einer gewissen Stufenleiter, entsprechend dem mehr oder weniger vorgeschrittenen Grade der Degeneration vom flachen Typus bis zu dem asymmetrisch winkligen. Sie sind relativ wenig häufig bei Paralytikern (35 pCt.), noch weniger bei den Geisteskranken, die an Verfolgungswahn leiden (25 pCt.); dagegen sehr häufig bei den Idioten und Schwachsinnigen (82 pCt.), bei hysterisch Verrückten (70 pCt.), Epileptikern (76 pCt.) und bei sonstigen Geisteskranken (80 pCt.).

E. J. MOURE.

94) **W. Channing. Missbildung des Gaumens bei Idioten. (Deformity of the palate in idiots.)** *N. Y. Med. Record. 3. Oct. 1891.*

Der Verf. demonstrirte in einer Sitzung der Amerikan. neurologischen Gesellschaft eine Reihe von Tafeln und plastischen Abbildungen, welche die Formation des Gaumens bei 150 Fällen von Idiotie veranschaulichten. Die Bilder sind von hervorragendem Interesse, da es das erste Mal ist, dass genaue Beobachtungen mit Messungen über diese Punkte angestellt sind. Aus den Schriften von Langdon Down hat man den Eindruck gehabt, als ob in nahezu allen Fällen von Idiotie der Gaumen gewölbt oder V-förmig sei. Ch. klassificirt seine Fälle in normale, neurotische und deformirte, und es stellte sich dabei ein Procentsatz von 43, 30 und 27 pCt. heraus.

LEFFERTS.

95) **F. L. Nicholls** (Fulbourn). **Entzündung und Eiterung am weichen Gaumen mit Herzschwäche. (Inflammation and suppuration of soft palate with heart failure.)** *Brit. Med. Journ. 30. Mai 1892.*

Bemerkungen zu einem Falle, in dem sich eine Schwellung am weichen Gaumen bildete, welche Pus enthielt. Das Aufbrechen der Geschwulst brachte Erleichterung von den Schluckbeschwerden, allein 4 Tage später trat eine Herzschwäche hervor, die den Pat. allmälig ad exitum führte. Der Pat. scheint jedoch schon vor diesem Ereigniss lange krank gewesen zu sein.

MACKENZIE-JOHNSTON.

96) **Lavrand. Vollständige Verwachsung des Gaumensegels mit der Rachenwand auf scrophulöser Basis. (De la soudure complète du voile du palais au pharynx de nature scrofuleuse.)** *Journ. d. Sc. med. de Lille. 16. Oct. 1891.*

Es handelt sich um eine 50jährige Frau, die mit 30 Jahren an einem Halsleiden gelitten hatte, welches ihr Schmerzen beim Schlucken verursachte. Der Kehlkopf war nie afficirt gewesen. Das Gaumensegel ist der hinteren Rachenwand in ganzer Ausdehnung adhärent. Die Rachenschleimhaut zeigt eine weissliche strahlige Narbe.

Von Syphilis nichts zu bemerken. Das Gesicht lässt an Scrophulose denken.

J. BARATOUX.

97) **Schnell. Gaumensegellähmung bei Tabes. (Paralysie du voile du palais dans l'ataxie locomotrice.)** Congress der Assoc. franc. pour l'avancement des sciences. Marseille. 17. September 1891.

Die isolirte Lähmung des Gaumensegels kommt bei Diphtherie vor, ferner bei primären bulbären Paralysen (Glosso-labio-pharyngealparalyse) und secundären (amyotrophischen Lateralsklerosen), bei Herderkrankungen (Hämorrhagien und Erweichungen); gleichzeitig mit halbseitiger Zungenatrophie und Lähmung des entsprechenden Stimmbandes kann man die Gaumensegellähmung bei der progressiven Paralyse und der bulbär-mesencephalischen Lues beobachten. Ebenso kommt sie vor bei Tabikern zugleich mit Lähmung des Musc. azygos.

J. BARATOUX.

98) **Dennce. Angeborene vollständige Theilung des Gaumendachs und -segels. Staphylorrhaphie. Heilung. Bemerkungen über den genauen Sitz der Alveolarspalte. (Division congénitale complete de la voute et du voile du palais, staphylorrhaphie, guérison. — Remarque sur le siège exact de la fissure alvéolaire.)** *Journ. méd. de Bordeaux. 21. April 1891.*

Verf. knüpft an seinen Fall einige Reflexionen an über die Pathogenese der Hasenscharte, die nach D. am häufigsten zwischen zwischen dem Os intermaxillare externum und dem Oberkiefer gelegen ist. É. J. MOURE.

99) **Duret. Ein Fall von Uranoplastik. (Un cas d'uranoplastie.)** *Soc. Scienc. méd. de Lille. 2. Dec. 1891.*

Es handelt sich um einen ganz besonderen Fall, in dem die Spaltung des Gaumens durch einen Entzündungsprocess hervorgerufen war. Im Anschluss an eine Dacryocystitis verbreitete sich die Entzündung bei der Pat., einem Mädchen von 13—14 Jahren, durch den Nasencanal auf das Gaumendach, von dem der grössere Theil nekrotisirt und ausgestossen wurde, so dass ein grosses Loch von 2 : 4 cm Grösse entstand. Das Gaumensegel blieb intakt.

D. incidirte die Schleimhaut des Gaumendachs im Umkreis des Defects bis auf den Knochen; als er sie aber ablösen wollte, stiess sie sich vollständig los, derart, dass sie nur noch am hinteren Rand festhaftete.

D. frischte nun die Ränder der abgelösten Partie an und vereinigte sie durch Silberdrahtnähte. Diese Vernähung liess sich sehr leicht bewerkstelligen. Dann wurden die Ränder des Lappens seitlich mit einem kleinem Stück Schleimhaut vereinigt, das noch dicht an den Zähnen vorhanden war. Die Verwachsung kam per primam zu Stande.

Was das Interesse des Falles ausmacht, ist einmal der Mechanismus der Nekrose und zweitens die kleinen Modificationen der Operation, die durch die totale Ablösung der Fibrosa und Mucosa des Gaumens nöthig wurden.

J. BARATOUX.

100) **Lubet-Barbon. Der Gaumenhalter und seine Anwendung. (Du releveur du voile et de son application.)** *Arch. Intern. de laryngol. etc. Juli-August 1891.*

Verf. legt Modelle von Gaumenhaltern vor, das Moritz Schmidt'sche

und das Hopman'sche. Mittelst dieser wenig umfangreichen Instrumente, die ihren Stützpunkt aussen an dem vorderen Theil des Oberkiefers finden, kann man mit Hülfe des Spiegels leicht den Nasenrachenraum überschauen und sich bei operativen Eingriffen beider Hände bedienen. Um die Instrumente leichter einführen zu können, soll man etwas Cocain in Pulverform auf die Oberfläche des Gaumensegels aufblasen, dieses Verfahren hat den Vortheil vor dem Einpinseln des Cocains, dass es eine vollständigere Anästhesie hervorbringt. Der Kranke muss den Kopf leicht nach vorn neigen, damit der Speichel nach aussen abläuft und nicht verschluckt wird. Das Instrument ist sehr bequem zu handhaben.

E. J. MOURE.

101) **T. H. Weagley. Ein selbsthaltender Gaumenzurückzieher. (A self retaining palate retractor.)** *Phil. Med. News. 5. Sept. 1891.*

Um ein absolut sicheres Selbsthalten des Instrumentes zu erzielen, um es der verschiedenen Grösse der Lippen anzupassen und einen unerwünschten Zug an den postnasalen Theilen zu vermeiden, hat W. die gewöhnliche Lippenklammer modificirt, indem er sie verlängerte und nach hinten umbog. Die Fenster sind eng gemacht und die Haken passen in die Nasenlöcher, anstatt sich gegen die Lippen zu stützen. Eine Art Schraubenvorrichtung gestattet, den Schaft der Klammer den verschiedenen Formen und Maassen der Lippen anzupassen.

Das Instrument ruht jetzt nicht mehr an der Nasenspitze, sondern am Boden der Nasenlöcher; es wird kein Zug mehr auf die postnasalen Partien ausgeübt und die Selbsthaltung ist für alle Zwecke absolut gesichert.

LEFFERTS.

102) **T. K. Hamilton. Ein Fall von exsudativem Erythem in Mund und Hals. (A case of exudative erythema of the mouth and throat.)** *Australian Med. Gazette. 1891. X. p. 266.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

MACKENZIE-JOHNSTON.

103) **Audubert. Ein Fall von Pusteln im Schlund, Pharynx, Larynx und in der Nase. (Un cas de pustules de la gorge, du pharynx, du nez et du larynx.)** *Revue de Laryng. 15. April 1891.*

Es handelt sich um eine Frau von 52 Jahren, die ein Exanthem bekam, das sich über den Pharynx, die Nasenhöhle und den Kehlkopf ausbreitete. Auch die Haut bedeckte sich mit grossen Pusteln; Verf. verbreitet sich ausführlich über die Diagnose des Falles, er denkt an eine syphilitische Affection, jedoch blieb die specifische Behandlung ohne Erfolg.

E. J. MOURE.

104) **A. Neswitzki. Aphtae epizooticae beim Menschen. (Jatschur w tscheloweka.)** *Wratsch. 1891. No. 15.*

Verf. beobachtete auf dem Lande an 8 Pat. eine Erkrankung der Mundschleimhaut, die sich in allen Fällen auf den Genuss von Milch von Kühen zurückführen liess, welche an Klauenseuche erkrankt waren.

Die Incubationszeit betrug 3—5 Tage; dann traten unter Fiebererschei-

nungen auf den Lippen, der Zunge, selten auf dem harten Gaumen und dem Rachen, Bläschen auf, von der Grösse einer Erbse.

Die Bläschen enthielten eine trübe weisse Flüssigkeit. Das Fieber dauerte fort, so lange noch neue Bläschen aufschossen. Am ersten oder zweiten Tage platzten die Bläschen und hinterliessen ein kleines oberflächliches Geschwür.

In allen 8 Fällen war Fötor ex ore vorhanden. Die Krankheit dauerte von 10 Tagen bis 4 Wochen.

In 2 Fällen war eine Complikation mit Parotitis vorhanden.

Therapie: Spülungen mit Natr. biboric. und Aetzungen der Geschwüre mit Arg. nitr. Letztere brachten schnell die Schmerzen zum Schwinden.

LUNIN.

d. Diphtheritis und Croup.

105) **Louis Fischer. Eine Methode zur frühen Diagnose der Diphtheritis — mit Demonstrationen. (An early method of diagnosis in diphtheria — with demonstrations.)** *N. Y. Medical Record. 5. Dec. 1891.*

Um in einem gegebenen Falle positiv sagen zu können, ob Diphtherie vorliegt, braucht man 1. eine sterilisirte Scheere; 2. eine sterilisirte Zange; 3. ein steriles Reagensglas; 4. 6—8 Agar-Agar-Röhrchen; 5. einen Brütofen.

Die Methode der Untersuchung ist etwa folgende: Erst muss für gutes Licht gesorgt werden, damit man auch sicher sieht. Dann wird das Kind in dieselbe Stellung gebracht, wie zur Intubation; ist das Kind unruhig, so kann man es mit einer Art Knebel zur Ruhe bringen. Dann wird ein kleines Stück der Pseudomembran, nachdem man es mit der Zange vorher gefasst hat, abgeschnitten; ein sehr kleines Stück, so gross wie ein Nadelknopf, genügt vollständig, um eine Strichcultur auf schräg erstarrtem Agar oder Blutserum anzulegen. Diese Cultur kommt dann in den Brütschrank.

Die pathogenen Bacterien entwickeln sich, wenn welche vorhanden sind, zwar bei gewöhnlicher Zimmertemperatur, allein da es darauf ankommt, die Bacillen so schnell als möglich zum Wachsthum zu bringen, ist es rathsam, die Agar-Röhrchen in einen Brütofen mit der Temperatur von 20—42 ° C. (70 bis 107 ° F.) zu stellen.

LEFFERTS.

106) **Jacques. Die Keim-Theorie der Diphtherie von einem therapeutischen Gesichtspunkte aus. (The germ theory of diphtheria from a therapeutic point of view.)** *N. Y. Medical Record. 12. Dec. 1891.*

Ein Auszug aus einer im Bull. Gener. de Therapeutique 30. October 1891 erschienenen Arbeit.

LEFFERTS.

107) **E. W. Buckley. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Northwestern Lancet. 15. Nov. 1891.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

108) **J. A. Wetherell** (Bamsley). **Bemerkungen über eine Diphtheritisepidemie. (Notes from an epidemic of diphtheria.)** *Lancet. 26. Dec. 1891.*

Eine kritische Zusammenstellung von 80 Fällen; nichts neues.

MACKENZIE-JOHNSTON.

109) .... **Diphtheritis in Mailand. (Diphtheria in Milan.)** *Lancet. 28. Nov. 1891.*

Eine Notiz der Redaction über die Häufigkeit der Diphtherie in Mailand nebst Bemerkungen über den Mangel guter Wasserzufuhr.

MACKENZIE-JOHNSTON.

110) .... **Die Diphtheritis und die sanitären Einrichtungen in Grainton. (Diphtheria and sanitation at Grainton.)** *Lancet. 21. Nov. 1891.*

Die Notiz hat ein rein lokales Interesse. MACKENZIE-JOHNSTON.

111) **Redactionelle Notiz. Die Sterblichkeit an Diphtherie im October 1891. (Mortality by diphtheria in October 1891.)** *N. Y. Med. Journ. 26. December 1891.*

Eine kurze Bemerkung der Redaction von ausschliesslich localem Interesse.

LEFFERTS.

112) **S. W. Abbott. Die Vertheilung der Diphtherie in Massachusetts. (The distribution of diphtheria in Massachusetts.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 26. Nov. 1891.*

Verfasser, der das Secretariat des State Board of Health bekleidet, giebt die Hauptdaten über das Vorkommen von Diphtherie in Massachusets in einem Zeitraum von 18 Jahren — 1871—1888 —; hauptsächlich berücksichtigt er die geographische Vertheilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **Redactionelle Bemerkung. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 21. Nov. 1891.*

Allgemeine Bemerkungen über eine Diphtheritis-Epidemie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) **Redactionelle Notiz. Mittelohrerkrankung bei Diphtheritis. (Middle ear disease in diphtheria.)** *Lancet. 21. Nov. 1891.*

Eine Bemerkung des Herausgebers über eine Arbeit von Moos (Archives of Otol. No. I. 1891) über die histologische und bacteriologische Erforschung der Mittelohrerkrankung bei den verschiedenen Formen der Diphtherie.

MACKENZIE-JOHNSTON.

115) **O. W. Braymer. Die Diphtheritis. (Address on diphtheria.)** *Times and Register. 28. Nov. 1891.*

„Sorgfältige antiseptische und tonische Behandlung, dabei die beste Ernährung und Pflege, das ist alles, was wir bei Diphtherie nach dem heutigen Stande unserer Einsicht in ihre Pathologie zu thun vermögen“.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **W. H. Washburn. Die Ursachen und die Verhütung der Diphtherie in Städten. (The causes and prevention of diphtheria in cities.)** *Philad. Med. News. 5. Sept. 1891.*

Während wir nach Verfasser's Ansicht, wenn auch mit Widerstreben, zugeben müssen, dass wir trotz der enormen, gerade auf diesen Punkt verwendeten Arbeit über die „materies morbi" noch wenig wissen, sind wir glücklicherweise in der Lage, uns mit viel grösserer Bestimmtheit über die Maassregeln auszulassen, durch die wir der Verbreitung der Krankheit Einhalt thung können. Da wir wissen, dass alle unhygienischen Verhältnisse prädisponirende Ursachen für die Infectionskrankheiten bilden, so ist es einfach geboten, solche Factoren so weit als irgend möglich zu beseitigen.

Wenn nun die sanitären Verhältnisse der Umgebung möglichst günstig gestaltet sind, so lassen sich die weiteren Maassregeln, die zur Beschränkung der Weiterverbreitung der Krankheit getroffen werden müssen, in zwei Worte zusammenfassen: Isolirung und Desinfection; die Mittel, die nach Verfasser's Urtheil diesen Zwecken am besten dienen, werden ausführlich aufgezählt.

LEFFERTS.

117) **Gaucher. Die Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphtherie.)** *Med. moderne. 1. Oct. 1891.*

G.'s Behandlungsweise umfasst drei Akte:

1. Die Entfernung der Pseudomembranen mittelst der umwickelten Pincette und eines Wattebausches.
2. Antiseptische Cauterisationen der afficirten Schleimhautpartien mittelst eines auf das Ende einer Sonde aufgerollten Wattebausches, der mit folgender Lösung getränkt wird:

Camphora	20,0
Ol. Ricin.	15,0
Alcohol (90 proc.)	10,0
Phenol. absol. . .	5,0
Ac. tartar.. . . .	1,0.

3. Abspülung des Schlundes 10 Mt. nach dieser Einreibung. Das Kind muss auf dem Bauch liegen, der Mund wird ihm durch einen Holzknebel offen gehalten. Die Abspülung wird mit einem Irrigator (Eguisier) gemacht und zwar werden jedesmal 2 Liter Flüssigkeit irrigirt. Dieser dreifache Eingriff wiederholt sich alle 2, 3—4 Stunden.

Die Statistik der persönlichen Erfahrungen von G. zeigt heute eine Mortalität von 8 pCt.

J. BARATOUX.

118) **J. Buscaglia. Die Behandlung der Diphtherie nach Prof. Widerhofer in Wien. (Cura della difteria secondo il Prof. Widerhofer a Vienna.)** *Gazzetta Med. de Turin. 15. Oct. 1891.*

B. giebt die Beobachtungen wieder, die er in den Monaten October-December 1890 auf der Wiener Klinik gemacht hat.

CARDONE.

119) .... **Die Behandlung der Diphtherie durch Irrigationen von Salicylsäure. (Treatment of diphtheria by irrigation of salicylic acid.)** *Lancet. 21. Nov. 1891.*

Eine Notiz des Herausgebers macht auf die von Parisot vorgeschlagene Behandlungsmethode (Bull. Général de Thérapeutique 15. September 1891) aufmerksam. Unter dieser Behandlung hatte der Autor eine Mortalität von 5 Fällen unter 24, während er füher eine Mortalität von 10 unter 14 Fällen hatte. Sein Recept ist:

Salicylsäure 1,0
Aqu. destill. 980,0
Alcohol ...... 20,0.

Diese Lösung wird mit einer Spritze so oft wie möglich irrigirt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

120) **A. S. Gerhard. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Times and Register. 28. Nov. 1891.*

G. hält das Wasserstoffsuperoxyd für das beste aller Mittel gegen Diphtherie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

121) **Geo. W. Peck. Locale Mittel gegen Diphtherie. (Topical applications in diphtheria.)** *Phil. Med. News. 28. Nov.* 1891.

Rp. Acidi borici 4,0
Acidi lactic. 7,0
Glycerin. 45,0
Aqu. dest. 10,0
Liquor. ferri subsulfur. 6,0.

Diese Lösung wird in voller Concentration oder mit Wasser verdünnt, je nach dem Erforderniss des Falles gegeben. LEFFERTS.

122) **C. Smith** (Casterton, Victoria). **Eine neue Methode der Diphtheriebehandlung. (A new method of treating diphtheria.)** *Practitioner. Dec.* 1891.

Verfasser legt ausführlich dar, wie er allmählich zur Wahl seiner Behandlungsmethode gekommen ist, von der er fest überzeugt ist, dass sie fast nie im Stiche lässt. Anfangs war er ein treuer Anhänger der Mercureinreibungen am Nacken mit lokaler Application von Borax im Halse, jetzt aber zieht er allen anderen Behandlungsweisen die folgende vor. — Der Patient wird im Bett gehalten und unter einer Art Zelt, in dem er beständig Dämpfe inhaliren muss, die sich zusammensetzen aus einer Lösung von Carbolsäure, Eucalyptusöl und Terpenthin. Gleichzeitig werden Digitalis, Ammoniak und Alkohol zur Kräftigung des Herzens gegeben. Die oben genannte Lösung lässt man von Tüchern aufsaugen, die segelartig rings um das Bett des Patienten hängen, derart, dass er wie in eine Dampfwolke gehüllt ist. Die Ingredienzien der Inhalationsflüssigkeit werden in folgendem Verhältniss genommen: Carbolsäure 1, Eucalyptusöl 1 und Terpentin 8 oder auch 4 Theile; letztere Zusammensetzung ist stärker und wirkt bei lange fortgesetztem Gebrauch ziemlich angreifend.

Verfasser hält viel auf seine Behandlungsweise, aber er erklärt es für wesentlich, dass dieselbe auch genau so gehandhabt wird, wie er sie vorschreibt und dass vor allem die Dämpfe continuirlich inhalirt werden müssen, bis die Heilung eintritt. MACKENZIE-JOHNSTON.

123) **A. Siebert. Weiterer Bericht über die submembranöse Localbehandlung bei der Rachendiphtherie. (Further report on submembranous local treatment in pharyngeal diphtheria.)** *N. Y. Med. Journ.* *12. Dec.* 1891.

S. berichtet über die Resultate bei 50 Fällen, die er mit submembranösen Injectionen von Chlorwasser behandelte. Das Alter der Pat. variirte von 6 Monaten bis 14 Jahre. Die Injectionen erwiesen sich wirksam in 44 Fällen, in 3 wurde eine leichte Besserung bemerkbar, und in 3 war keine Besserung vorhanden. Die Heilung kam zu Stande in 1—8 Tagen. Vier Pat. starben. Die Erfolge der Injectionen äusserten sich in Temperaturherabsetzung, besserer Herzaction und Verschwinden der Pseudomembranen. Das Chlorwasser war das officinelle Präparat und es wurde zu jeder Injection eine frische Flasche geöffnet. Die Flüssigkeit wurde sehr tief injicirt, so dass sie das submucöse Gewebe erreichen musste. Die 4 letalen Fälle waren sehr schwer und würden wohl unter jeder Behandlungsmethode letal verlaufen sein. Unter den in Heilung ausgehenden Fällen ist es nicht in einem einzigen zu Lähmungen oder Nephritis gekommen.

LEFFERTS.

124) **M. Baudoin. Die Behandlung der Angina diphtheritica in den Pariser Kinderspitälern. (Traitement de l'angine diphthérique dans les hôpitaux d'enfants à Paris.)** *Sémaine méd.* 1891. *p. 58.*

Grancher lässt Nasen- und Rachenirrigationen mit einer 2 proc. Carbollösung oder mit 3 proc. Borwasser vornehmen; ausserdem 2stündlich Pinseln mit 10—30 proc. Carbolsäure.

Gaucher gebraucht alcoholische Carbolsäurelösungen mit Campher- und Ac. tartaricum-Zusatz.

Hutinel gebraucht diese beiden Recepte und ausserdem Sublimat (in alcoholischer Lösung 1 : 300).

Sevestre verwendet Phenolcampher, Naphtholcampher, Salicylsäurelösungen, Jodtinctur, ferner Spülungen mit Carbolsäure- oder Borsäurelösungen, Salicyl oder Chloral.

J. Simon lässt den Hals mit Citronensaft pinseln, mit verdünnter Essigsäure oder mit Salicylsäurelösung.

Descroizilles bevorzugt die Carbolsäure. J. BARATOUX.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

125) **R. B. Faulkner. Laryngitis bei Sängern. (Laryngitis in vocalists.)** *N. Y. Med. Journ.* *11. April* 1891.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Thatsache, dass Strychnin, in

grossen Dosen gegeben, die Stimme mit viel grösserer Sicherheit wieder herstellt, als irgend ein anderes Mittel. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

126) **Rageneau. Catarrhalische Laryngitis nach Bicycle-, Tricycle- etc. Fahren. (Laryngites catarrhales produites par l'usage de la bicyclette, du tricycle etc.)** *Revue de Laryngol. etc. 15. Nov.* 1891.

Verf. beobachtete bei einer grossen Anzahl junger Leute, die sich diesem Sporte widmeten, die Entwickelung von Kehlkopfentzündungen; dieselben sind nach des Verf.'s Ansicht dadurch bedingt, dass die Radfahrer sehr viel Luft brauchen und zur Deckung ihres Athembedürfnisses den Mund offen halten müssen. Dieses ist die Ursache der Erkrankung, die R. bisher nirgends erwähnt gefunden hat. E. J. MOURE.

127) **Garel. Benignes acutes infectiöses Oedem des Kehlkopfs. (Oedème aigu infectieux bénin du larynx.)** *Annal. des malad. de l'oreille, du larynx etc.* 1891. *XVII. 453—458.*

Verf. theilt 2 derartige Fälle mit. In beiden handelte es sich um junge Leute, die schon auf die eine oder andere Art seitens der Sprachorgane afficirt gewesen waren. In einem Zeitraum von 4—5 Tagen erreichte das Oedem seine Höhe und die Dysphagie war eine vollständige. Im Urin kein Eiweiss. Bei der Untersuchung fanden sich die Stimmbänder beweglich, an den Plicae ary-epiglotticae ein weiches, zitterndes, opalescirendes Oedem. Dabei Fieber etc. Diese Fälle enden gewöhnlich letal, allein die beiden G.'schen Fälle lehren, dass die Krankheit in manchen Fällen auch glücklicher verlaufen kann.

E. J. MOURE.

128) **W. A. Dunn. Kehlkopfoedem von selbst heilend. (Laryngeal oedema with spontaneous cure.)** *The Clinique. 15. Nov.* 1891.

Pat., ein 72jähriger Mann, litt an Dysphagie und Dyspnoe seit einem Jahr; zugleich bestand ein reichliches Ausfliessen einer klaren, geruchlosen Flüssigkeit aus dem Munde. In der letzten Zeit hatten die Schluckbeschwerden sich verstärkt und der Pat. war abgemagert.

Die Untersuchung zeigte eine starke Schwellung der ary-epiglottischen Falten, die das Aussehen einer serösen Infiltration hatten. Die Stimmbänder waren in diese Infiltration nicht mit einbegriffen, so dass die Sprache fast ganz frei blieb. Die Constrictormuskeln aber waren in solchem Grade gelähmt, dass das Schlucken unmöglich war. D. hielt eine Punction der ödematösen Plicae für nöthig, zögerte aber sie auszuführen, ehe nicht der Pat. collabirte (!) und entschloss sich, den Fall seinem natürlichen Verlauf zu überlassen. Einen Monat später stellte sich der Pat. gesund vor; er erzählte, dass ihm ein paar Tage nach der letzten Untersuchung plötzlich eine Menge Wassers aus dem Munde geflossen sei und danach seien die Symptome verschwunden. D. nimmt an, dass der Husten oder Druck von aussen zu einer Ruptur der Schleimhaut geführt habe und dann das Serum abgeflossen sei.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

129) **Ragoneau. Die Behandlung der chronischen Laryngitis. (Traitement de la laryngite chronique.)** *Revue de laryngol. etc. 15. Oct.* 1891.

Verf. empfiehlt häufiges Gurgeln am Morgen und am Abend mit folgender, lauwarm zu gebrauchender Lösung, die ihm in einem Falle ein gutes Resultat ergeben hat:

Tct. Capsici	0,5.
Syrupus Mori	50,0.
Decoct. cort. Chinae . . .	150,0.

E. J. MOURE.

130) **Brébion. Die Pachydermia laryngis. (Sur la pachydermie laryngée.)** *Revue de laryngol. etc. Paris.* 1891. *XI. 69—72.*

Verf. giebt eine kurze Geschichte dieser Krankheit, von der in der französischen Literatur noch keine Beispiele mitgetheilt sind; er schildert dann das klinische Bild der Pachydermie, bespricht die Symptome, die Diagnose und kommt zuletzt auf die Behandlung zu sprechen, die ihm als die Zweckmässigste erscheint.

E. J. MOURE.

131) **F. H. Bosworth. Subglottische Laryngitis, oder catarrhalischer Croup, als ein Ausdruck lymphatischer Dyscrasie (Subglottic laryngitis or catarrhal croup, as one of the manifestations of lymphatism.)** *N. Y. Medical Record. 19. Dec.* 1891.

B. glaubt, dass der Entwickelung hypertrophischer Vorgänge in den Schlund- und Rachentonsillen eine constitutionelle Dyscrasie zu Grunde liegt, für deren Existenz gerade die Gegenwart dieser Hypertrophien als Zeugniss dienen sollte. Diese Dyscrasie übt einen Einfluss aus auf das lymphatische Gewebe und man bezeichnet sie darum als Lymphatismus.

In einer Anzahl von Fällen, die B. neuerdings zur Beobachtung bekam, constatirte er eine besondere Ausdehnung dieser lymphatischen Einflüsse und er vermuthet, dass wahrscheinlich die überwiegende Mehrzahl, wenn nicht alle Fälle, von denen man gewöhnlich als von subglottischer Laryngitis spricht, in Wahrheit bedingt sind durch hypertrophische Vorgänge des in der Schleimhaut der subglottischen Partien des Kehlkopfs gelegenen lymphatischen Gewebes.

B. wählt einige Fälle aus, die Punkte von besonderem klinischen Interesse darbieten; 2 davon betreffen Kinder, 2 jüngere erwachsene Individuen.

In zweien der Fälle ist es von besonderem Interesse, dass die subglottische Schwellung prompt verging nach der Abtragung hypertrophischen lymphatischen Gewebes an der Zungenbasis. Wodurch dies zu Stande kommt, dafür ist es vielleicht nicht leicht, eine Erklärung zu geben; die klinische Thatsache indessen scheint sicher festzustehen.

In dem Falle III und IV verging die subglottische Schwellung nach der Abtragung der hypertrophischen Schlundtonsillen. Hier scheint das klinische Verständniss weniger Schwierigkeiten zu bereiten.

Eine subglottische Laryngitis wird gewöhnlich als eine Affection catarrhalischer Natur angesehen und die Verdickung wird entweder einer Turgescenz der Blutgefässe oder einer Hyperplasie der Mucosa selbst zugeschrieben. Be-

trachten wir jedoch diese Fälle genauer, so ist es schwer verständlich, wie eine so merkbare Hyperplasie in dieser Gegend zu Stande kommen soll; und sicherlich ist es noch schwieriger zu denken, dass eine catarrhalische Entzündung sich auf den subglottischen Raum des Kehlkopfs beschränken soll, ohne auf die Stimmbänder und die supraglottischen Theile überzugreifen. Wir müssen zu dem Schlusse kommen, dass das Wesen der Krankheit bei der subglottischen Laryngitis nicht einen rein catarrhalischen Character haben kann. Die lymphatischen Gewebe sind ganz besonders entwickelt in der Nachbarschaft der Schlundbögen; hier trifft man das lymphatische Gewebe in grossen Massen, es bildet die Schlund-, Rachen- und Zungentonsillen. Diese sind, das wissen wir weiter, ganz besonders empfänglich für hypertrophische Processe im Kindesalter. Sappey hat gezeigt, dass im späteren Leben die lymphatischen Structuren stark abnehmen, wenn wir vom Schlunde aus weiter abwärts gehen, und fast ganz verschwunden sind, wenn wir in den subglottischen Raum des Kehlkopfs kommen. Während der Pubertätsentwickelung ist diese allmälig sich ausbildende Verminderung des lymphatischen Gewebes noch keine so weit vorgeschrittene und der subglottische Raum ist noch relativ reich an solchem. Dieses Gewebe nun ist es, nach B.'s Hypothese, welches bei der subglottischen Laryngitis in weitaus den meisten, wenn nicht in allen Fällen die Krankheitsveränderungen erfährt, und nicht die eigentliche Schleimhaut.

Den Hauptnachdruck der Arbeit legt B. auf die aus seiner Hypothese sich ergebende Folge, dass Anfälle von catarrhalischem Croup bei Kindern wahrscheinlich der Ausdruck eines Lymphatismus sind und dass man deshalb solche Kinder sogleich unter eine Eisenjodidtherapie setzen soll zur Beseitigung ihrer constitutionellen Dyscrasie. LEFFERTS.

132) **Baudler. Ueber die Beziehungen der Chorditis vocalis inferior hypertrophica (Gerhardt) zu dem Rhinosklerom.** *Zeitschr. f. Heilkunde. Berlin.* **1891.** *XII.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

133) **Mündler** (Heidelberg). **3 Fälle von Aktinomykose des Kehlkopfes.** *Beitr. z. klin. Chir. Bd. VIII.*

Die drei ausführlich mitgetheilten Fälle aus der chirurgischen Klinik von Czerny zeichnen sich dadurch aus, dass die pathologische Veränderung ausschliesslich den Kehlkopf betraf, ohne sonstige Theile der Hals- oder Kopfregion mit in den Krankheitsbereich zu ziehen, wenn sie auch wohl nicht als primär an dem spontanen Krankheitsherde entstanden angesehen werden dürfen. In den beiden ersten Fällen zog sich am Halse nach dem Unterkiefer zu ein derber Strang, welcher von der weiter unten sitzenden Geschwulst ausging. Dieser Strang ist als die zurückgelassene Spur des Processes zu deuten und diese Spur führt regelmässig nach einem Zahn oder der Schleimhaut des Unterkiefers. Im dritten Fall war eine solche Spur nicht nachweisbar.

In zwei Fällen handelte es sich um eine Perichondritis des Schildknorpels, im dritten (bei normalem laryngoskopischen Befund) um eine auf der Cart. thyr. aufsitzende Geschwulst. SEIFERT.

134) **Tschudi** und **Habart** (Wien). **Larynxaffectionen nach Influenza.** Wissensch. Verein der k. k. Militärärzte der Garnison in Wien. — *Wien. klin. Wochenschrift. 28. Mai* 1891.

Tsch. berichtet über einen Fall, wo nach Influenza Tuberkulose des Kehlkopfes sich entwickelte. Dieselbe besserte sich unter gewöhnlicher Behandlung; als man aber Injectionen mit Kochin vornahm, nahm die Geschwürsbildung im Kehlkopf zu, und endlich trat Exitus letalis ein.

Habart beschreibt einen analogen Fall, der nach 18 Injectionen von Kochin innerhalb 2 Monate ebenfalls mit dem Tode endete.

CHIARI.

135) **Gouguenheim. Zwei Fälle von Kehlkopfsyphilis. (Deux cas de syphilis laryngée.)** *Gaz. des hôpit. 5. März* 1891.

Verf. publicirt zwei Fälle, die besonders durch die Schwierigkeiten, die die Diagnose der Kehlkopfsyphilis bietet, und durch die rapide Wirksamkeit der specifischen Behandlung der Krankheit (Jodkali) Interesse erwecken. Nach den kurzen Angaben, die G. giebt, ist es ziemlich schwer, sich von der Natur der beobachteten Läsionen ein genaues Bild zu machen. Es ist bedauerlich, dass der Autor seine Diagnose auf Syphilis des Larynx nicht besser stützt.

E. J. MOURE.

136) **Prewitt. Die Tracheotomie wegen Kehlkopfstenose. (Tracheotomy for laryngeal stenosis.)** *Weekly Med. Review. 11. Juli* 1891.

Der 5jährige Patient litt an Dysphagie seit 9 Monaten; nach der Tracheotomie wurde mit Erfolg eine antiseptische Behandlung angewandt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

137) **Lewin** (Berlin). **1. Vorstellung eines syphilitischen Tabikers mit Geschwülsten der Zungenwurzel und des Kehlkopfes (Syphilitis der Papillome der Epiglottis). 2. Tracheotom.** *Deutsche Med.-Ztg. 37.* 1891.

Pat. klagt über Halsschmerzen: Auf der Zungenwurzel ein grösserer und ein kleinerer Tumor, die bei den Papillae circumvallatae beginnen und bis auf die Epiglottis herabreichen. Auch noch sonstige Erscheinungen von Syphilis in der Mund-Rachenhöhle. Auf Jodkali verkleinerten sich die Tumoren. Sodann Demonstration eines von ihm seit 30 Jahren angewendeten Tracheotoms.

SEIFERT.

138) **J. H. Coulter. Tumoren im Kehlkopf. (Laryngeal tumors.)** *Trans. Illin. State Med. Soc. Vol. IV. p. 275.*

C. theilt mehrere Fälle mit, die ohne ein specielles Interesse sind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

139) **Cohen. Cyste im Larynx. (Cyst of larynx.)** *Times and Register. 7. März* 1891.

Vorstellung des Falles; es wurde eine 50 procentige Ichthyolsalbe angewandt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

140) **Thost. Blutcyste im Kehlkopf.** *Deutsche med. Wochenschr.* 1891. *No. 20.*

Prallgespannte, blaurothe, rundliche, linsengrosse Geschwulst am vorderen

Ende des linken Stimmbands. Galvanokaustisch entfernt. Mikroskopische Untersuchung fehlt.

LANDGRAF.

141) **O. Chiari** (Wien). **Ueber Cystenbildung in Stimmbandpolypen.** *Wiener klin. Wochenschr.* 1891. *No. 52.*

Schon referirt als Vortrag, gehalten in der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Halle a. S.

CHIARI.

142) **Juffinger** (Wien). **Circumscripte Keratose im Larynx.** *Wiener klinische Wochenschr.* 1891. *No. 47.*

Bei einem 16jährigen Mädchen mit Rhinitis atroph. fötida fanden sich unter der vorderen Commissur rechts und links blassrothe derbe Wülste, 3 weisse, spitze, 1 mm lange, sehr dünne Erhebungen, die aus verhornten Epithelzellen bestanden. In der äusseren Schicht lagen sie dachziegelförmig, in der Achse unregelmässig angeordnet. Die Geschwülstchen selbst bestanden aus feinwelligem, zellarmen Bindegewebe, bedeckt von einem dicken geschichteten Plattenepithel, dessen oberste Schichten verhornt waren; in das Epithel ragten Papillen hinein und zwischen diesen fanden sich einzelne konische aus verhornten Zellen bestehende Zapfen, ähnlich den makroskopisch sichtbaren. J. will diese Gebilde, die dem Hauthorne oder den stacheligen Fortsätzen bei Elephantiasis Arab. ähneln und bei Pachydermia laryngis nicht vorkommen, mit obigem Namen bezeichnen.

CHIARI.

143) **A. Matwejew** (Rjasan). **Zur Frage vom klinischen Verlauf des Papilloma laryngis. (K wopresu o klinitscheskom tetschenii papilloma laryngis.)** *Russ. Med.* 1892. *No. 43.*

Eine sehr oberflächliche Beschreibung einer Kehlkopfgeschwulst, die als gutartiges Papillom angesehen wurde.

Bei einem 40 Jahre alten Pat. zeigte sich eine Geschwulst im Kehlkopf, die vom rechten Stimmbande ausging. Dieselbe wurde auf dem Wege der Laryngofissur entfernt und als gutartiges Papillom erkannt. Pat. musste wegen fortbestehender Stenose die Canüle tragen. Nach 7 Monaten Entfernung eines Recidivs. Nach 5 Monaten abermals ein Recidiv, dieses Mal breiten sich die papillomatösen Wucherungen in der Umgebung der Trachealfistel aus und auf der Haut des Halses bis zum Jugulum Sterni. Die Lymphdrüsen nicht geschwellt. Pat. magert sichtlich ab und stirbt an Schwäche, etwa 2 ½ Jahre nach dem Beginn der Krankheit.

Section: Die Geschwulst nimmt die rechte Seite des Kehlkopfs ein, verbreitet sich durch die Trachealfistel auf die Haut des Halses, die tieferen Schichten desselben freilassend. Die Oberfläche der beiden Lungen, besonders rechts und die Oberfläche der Leber, mit papillomatösen Wucherungen bedeckt.

Die Geschwulst wird doch für ein gutartiges Papillom erklärt!

LUNIN.

144) **J. Wright. Subglottische Neubildungen. (Subglottic neoplasms.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 26. Sept.* 1891.

Krankengeschichte eines Falles.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

145) **J. Dionisio** (Turin). **Beitrag zum Studium einiger Formen von chronischer Kehlkopfstenose. (Contributo allo studio di alcune forme di stenosi laringea cronica.)** *Arch. ital. di Laringol. Juli* 1891.

Nachdem er in kurzem Resumé von allem gesprochen, was man bisher über die Laryngitis hypoglottica chronica, über Störk'sche Blenorrhoe und Sklerom der Athemwege geschrieben hat, berichtet Verf. über einen Fall, der anfänglich die der Störk'schen Blenorrhoe eigenen nasalen und laryngealen Störungen darbot, während sich später durch die bakteriologische Untersuchung des erkrankten Gewebes herausstellte, dass ein Sklerom vorlag. CARDONE.

146) **George Stoker** (London). **Ein Fall von malignem Tumor des Kehlkopfs behandelt durch intralaryngeale Operation. (A case of malignant tumour of the larynx treated by intralaryngeal operation.)** *Journ. of Laryngol. Mai* 1891.

Ein Vortrag, gehalten in der British Laryngol. Association am 20. März 1891. — Der Pat., ein Mann von 67 Jahren, hatte eine graugefärbte, glänzende, birnenförmige Geschwulst im Kehlkopf, die vom vorderen Theil der oberen Fläche des linken Stimmbandes ausging. Beide Stimmbänder waren geröthet und congestionirt, das linke erheblich verdickt.

Bei dem Alter des Pat. und der Natur der Geschwulst, wurde ein Eingriff von aussen her nicht für räthlich erachtet, und der Tumor wurde mit der galvanischen Schlinge glücklich entfernt. Schnitte von dem Tumor, die vor und nach der Operation gemacht wurden, ergaben durchweg einen epitheliomatösen Charakter der Geschwulst. Nach 9 Monaten aber war ein Zeichen eines Recidivs noch nicht vorhanden. MACKENZIE-JOHNSTON.

147) **L. Lichtwitz. Carcinom des linken Stimmbandes. Laryngofissur; Tod nach 5 Tagen. (Carcinome de la corde vocale gauche. Laryngofissure. Mort cinq jours après.)** *Bull. et mem. de la Soc. de Laryngologie de Paris. Juli* 1891.

Die Natur der Geschwulst wurde durch die von Prof. Ferré vorgenommene Untersuchung eines fortgenommenen Stückchens der Neubildung festgestellt. Prof. Demons glaubte nach der vom Verf. gelieferten Beschreibung, dass es sich um eine umgrenzte Neubildung handelte; er machte deshalb die Laryngofissur, allein die Wucherung dehnte sich weit aus, und trotz sehr sorgfältiger Abtragung und vorsichtiger Nachbehandlung starb der Kranke sehr bald.

E. J. MOURE.

148) **Moure. Die Thyrotomie bei Kehlkopfkrebs. (De la thyrotomie dans le cancer du larynx.)** *Revue de laryngol. 1. Nov.* 1891.

Der Verf. berichtet über 4 Beobachtungen, welche die Nutzlosigkeit dieses Eingriffs für die Behandlung des Kehlkopfkrebses erweisen (? Red.). Das Recidiv ist fast die Regel und Erfolge sind nur ganz ausnahmsweise zu verzeichnen, wenn man ganz am Anfang operirt, wo noch die Geschwulst streng lokalisirt ist. Aber nicht der chirurgische Eingriff ist es, der so schwer ist, sondern die Neubildung selbst. E. J. MOURE.

149) **Schiffers. Compressionsstenosen der Trachea und des Larynx. (Sténose de la trachée et du larynx par compression.)** *Revue de laryngol. etc. Paris.* 1891. *XII. 577—579. 1. Oct.*

Es handelt sich um einen Kranken mit Krebs des Mediastinums, Gangrän der linken Lunge, rechtsseitiger Pneumonie mit Pleuritis und Pericarditis. Der Kranke bot erhebliche Zeichen einer respiratorischen Stenose dar. Bei der Section fand sich im Larynx eine Luxation des linken Arytaenoidknorpels, die Trachea war durch feste Drüsenmassen comprimirt. Der Verlauf der Krankheit war ein sehr schneller gewesen, die ersten Symptome reichten nicht weiter als 3 Monate zurück.

E. J. MOURE.

150) **C. Toti** (Florenz). **Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zum Studium der Perichondritis laryngea nach Typhus. (Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio della pericondrite laringea post-tifosa.)** *Florenz. 15. Sept.* 1891. *Lo Sperimentale.*

Ein 15jähriger Knabe bekam eine acute Kehlkopfstenose infolge von Perichondritis in den ersten Tagen seiner Reconvalescenz von einem Typhus. Die laryngoskopische Untersuchung ergab: Die Epiglottis über den Kehlkopfeingang gewölbt, die Ligg. ary.-epiglottica und die Taschenbänder stark oedematös, nur ein kleiner dreieckiger Raum noch frei, darin klebriger Schleim. Wegen der drohenden Asphyxie führte T. sofort die Crico-Tracheotomie aus. Nach einer Woche war der laryngoskopische Befund folgender: Kehlkopfeingang erfüllt mit rahmigem Eiter. Nach einem Monat hörte die Eiterung auf und das intralaryngeale Oedem schwand; die Stimme kam wieder, aber die Schwierigkeit beim Athmen durch die natürlichen Wege blieb bestehen und der Pat. war gezwungen auch weiterhin die Canüle zu tragen. Der laryngoscopische Untersuchungsbefund aus dieser Zeit lautet: Die Epiglottis noch im gleichen Zustand; die Ligg. ary-epiglottica unbeweglich, die falschen Stimmbänder geschwollen, die beiden Aryknorpel stark adducirt mit Rotation nach innen und Neigung nach vorn, besonders der linke; die Glottis geschlossen, bei Phonationsversuchen und angestrengtem Athmen keine Aenderung; die Stimmbänder in ihrem hinteren Theil sichtbar, eng an einander in der Mittellinie stehend.

Zur Erklärung dieses Befundes lässt T. die Hypothese der Lähmung der Crico-arytaenoidei postici nicht gelten, er nimmt vielmehr eine Ankylose der Crico-arytaenoid-Gelenke an.

Darauf stellt T. derartige Fälle in Vergleich mit anderen ähnlichen Affectionen und kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Perichondritis nach Typhus ist niemals primär, sondern stets secundär nach Ulcerationen der Schleimhaut.

2) Die Ulcerationen sind stets typhöser Natur, die Perichondritis aber ist wahrscheinlich durch die Invasion pyogener Coccen bedingt.

3) Der Lieblingssitz der Ulcerationen ist die Mitte der inneren Fläche der Aryknorpel, von wo der Process zur Basis zu vorschreitet, hier greift er auf die Gelenkverbindung zwischen Ary- und Ringknorpel über und ergreift zuletzt den Ringknorpel.

4) Bei der Larynxstenose nach Typhus lassen sich auch pleuro-pulmonäre Veränderungen constatiren.

5) Die Prognose ist fast immer eine letale; allein wenn man die Tracheotomie macht, ist die Aussicht eine ziemlich günstige (50—60 pCt. Heilungen); T. zieht die Crico-Tracheotomie in solchen Fällen vor.

6) In den tracheotomirten Fällen ist der endliche Ausgang die chronische dauernde Stenose des Larynx; es muss dann nothwendigerweise stets die Canüle getragen werden, oder es muss die Intubation, die allmälige Erweiterung etc. etc. gemacht werden. CARDONE.

151) F. Z. Hupp. **Bruch des Schildknorpels; Ruptur der Membrana crico-thyreoidea; Tracheotomie; Naht; Heilung. (Fracture of the thyroid cartilage; rupture of the crico-thyroid membrane; tracheotomy; wiring; recovery.)** *N. Y. Med. Journ. 11. April* 1891.

Krankengeschichte des Falles. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

152) G. L. Morgenthau. **Fractur des Schildknorpels. (Fracture of the thyroid cartilage.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 10. Oct.* 1891.

Ein sehr interessanter Fall, aus dem hervorgeht, mit wie geringen Symptomen der Unfall verlaufen kann, und dass auch die Tracheotomie nicht in allen Fällen erforderlich wird. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

153) Köhler (Berlin). **Ueber die Wunden des Kehlkopfes in gerichtlich-medicinischer Beziehung.** *Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 3. F. II.* 1891.

K. theilt die Kehlkopfwunden in 2 Hauptgruppen ein, je nachdem sie von innen oder von aussen her dem Organe zugefügt wird. Innere Kehlkopfwunden entstehen nach Genuss thermisch oder chemisch schädlicher Stoffe, nach Aspiration scharfer Gegenstände. Im Ganzen bieten die inneren Kehlkopfwunden dem Gerichtsarzte wenig characteristische Merkmale dar. Von den äusseren Kehlkopfwunden werden zuerst diejenigen besprochen, bei denen die äusseren Bedeckungen erhalten sind (Contusionen, Kehlkopfbrüche). Von penetrirenden Kehlkopfwunden sind alle Schnittverletzungen mit Eröffnung des Luftrohres als ernstere Verletzungen zu betrachten, da sie leicht zu Complicationen führen. SEIFERT.

154) R. Simonini. **Naht des Kehlkopfs und der Trachea nach Verwundung durch Schnitt. (Sutura della laringe e della trachea per ferita d'arma da taglio.)** *La Rassegna di sc. med. December* 1891.

Drei Wunden mit dem Rasirmesser bei einem kräftigen jungen Manne, der ein Suicidium versucht hatte.

Vor allem sah man eine weite Wunde in dem Raum zwischen Ring- und Schildknorpel, 8 cm lang, querverlaufend durch die Haut, die Muskeln dieser Gegend und einen Theil des linken Sternocleidomastoideus die Vena jugularis superficialis, die Aeste der Art. thyroidea sup. und infer., das Ligamentum conoides und die Membrana crico-thyreoidea bis auf die Mm. crico-thyroidei. Der Ringknorpel stand in der Mittellinie 2 cm von dem Schildknorpel ab.

An der Trachea bemerkte man 2 Schnitte durch den 2., 3. und einen Theil

des 4. Ringes: Der erste von oben rechts nach links unten, wo er auf den zweiten querverlaufenden stiess; der erste 3 cm, der zweite 2 cm lang. Die Schilddrüse war durchschnitten, die Blutung sehr stark.

Die Operation fand ohne Narcose statt; es wurden alle Gefässe, auch die kleinen, mit Catgut unterbunden. 4 Nähte wurden in die 2. und 3. Wunde gelegt, die Nadeln wurden durch die Trachealringe geführt 7 mm vom Rande. 4 Nadeln wurden in die Schnittwunde zwischen Ring- und Schildknorpel gelegt, Lister'sche Seidenfäden, die durch den Ring- und Schildknorpel und durch die Schleimhaut geführt wurden. Schliesslich wurden die Weichtheile genäht und ohne Drainage verbunden. Nach 12 Tagen vollständige Heilung ohne Zwischenfall. Die Stimme ist normal. CARDONE.

155) **A. Minich. Die Laryngotomie zwischen Schild- und Ringknorpel. (Sulla laringotomia intercrico-tiroidea.)** *Rivista veneta di sc. med. No. 3.* 1891.

Nicht zugänglich. CARDONE.

156) **J. F. Chavasse** (Birmingham). **Ein Fall von erfolgreicher einseitiger Laryngectomie. (A successful case of unilateral laryngectomy.)** *Lancet. 22. Aug.* 1891.

Die Operation wurde an einem 3 jährigen Knaben ausgeführt, dem 4 Brüder an Croup gestorben waren. Der Knabe wurde in das Spital aufgenommen mit laryngealer Dyspnoe und es wurde die Intubation ausgeführt. Nachdem der Knabe später die Tube ausgehustet und geschluckt hatte, musste die Tracheotomie gemacht werden. Neun Monate später fand man bei einer Untersuchung den Larynx fast vollständig stenosirt. Man entschloss sich deshalb zu einer neuen Operation; es wurde der Schildknorpel gespalten und nun sah man den Kehlkopf fast vollständig erfüllt von festem Narbengewebe. Dasselbe wurde mit dem Messer und dem scharfen Löffel entfernt; um jedoch die Passage ganz frei zu machen, erachtete man es für nothwendig, auch die rechte Hälfte des Ringknorpels abzutragen. Der Pat. erholte sich gut von der Operation und trägt jetzt eine Doppelcanüle. Er vermag mit einer heiseren Flüsterstimme zu sprechen, während er früher ganz stumm war. MACKENZIE-JOHNSTON.

157) **K. M'Leod** (Calcutta). **Ein Fall von Excision des Kehlkopfs. (A case of excision of the larynx.)** *Indian Med. Gaz.* 1891. *XXVI. 113.*

Dem Referenten nicht zugänglich. MACKENZIE-JOHNSTON.

158) **J. H. Manley. Tracheotomie bei einem Erwachsenen. (Tracheotomy in an adult.)** *Med. and Surg. Reporter. 29. August* 1891.

Eine klinische Vorlesung; die Operation wurde wegen einer Halsschnittwunde vorgenommen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

159) **Civel. Die Präventiv-Tracheotomie mit Tamponade des Rachens bei Operationen am Mund und in der Rachenhöhle. (De la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx dans les operations intéressant la bouche et la cavité pharyngienne.)** *Thèse de Paris.* 1891.

Nachdem man jetzt mit Sicherheit Operationen auszuführen vermag, die

früher für gefährlich und selbst für unmöglich gehalten wurden, meint Verf., sollten sich dem obengenannten Verfahren auch diejenigen zuwenden, die es bisher noch verwerfen, so wie es im Jahre 1886 von der Gesellschaft für Chirurgie verworfen worden ist.

J. BARATOUX.

160) **Bernard Pitts** und **W. J. Brook. Ueber die gelegentlich nach dem Gebrauch der Tracheotomiecanüle auftretende Luftröhren- und Kehlkopfstenose. (On the stenosis of the trachea and larynx which occasionally follows the use of a tracheotomy tube.)** *The Lancet. 10. Jan. u. 17. Jan.* 1891.

Der in der Medicinischen Gesellschaft zu London gehaltene Vortrag soll auf einige Momente hinweisen, die nach einem längeren Gebrauch einer Tracheotomiecanüle der Rückkehr zur Athmung durch die natürlichen Wege sich hinderlich in den Weg stellen können. Die Verff. berichten ausführlich über 4 Fälle, in denen einer fibröse Verdickung im oberen Theil der Trachea bestand und die Athmung mechanisch behinderte. Dieselben wurden behandelt mittelst häufiger Intubation und Dilatation und der Abtragung eines Theiles des fibrösen Gewebes nach zuvoriger gründlicher Exploration der ganzen Partie.

Die Arbeit schliesst mit einigen Bemerkungen über die gegenwärtige Stellung der Intubation und über die Art der Fälle, in denen dieselbe von Nutzen sein kann.

MACKENZIE-JOHNSTON.

161) **Raugé. Der nervöse Husten. (De la toux nerveuse.)** *Bullet. méd.* 1891. *No. 73 u. 74. p. 859—867.*

Je mehr er die Form von Paroxysmen hat, mit Anfällen in Pausen von mehreren Stunden, um so mehr wird der Husten characterisirt durch einen hartnäckigen Hustenreiz, der jedesmal zu längerem Husten oder auch nur einem einzelnen Aufhusten führt.

Dieser nervöse Husten steht in Zusammenhang mit einem besonderen Zustand der cerebralen Functionen und gehört mindestens ebensoviel der Nervenheilkunde wie der allgemeinen Pathologie an. Alle Kranken dieser Art sind zwar nicht Hysteriker, wie Lasègne und Trousseau annahmen, noch weniger sind sie Simulanten; aber alle sind sie Neuropathiker und der Husten ist bei ihnen nur eine Aeusserung ihres besonderen nervösen Zustandes.

Was die wunderbaren Resultate anlangt, die man durch eine endolaryngeale Operation oder durch Cauterisationen oder Electrisirungen des Kehlkopfes erreicht hat, ja selbst durch eine Cocainpinselung, so möchte Raugé annehmen, dass diese verschiedenen Mittel in activerer Weise auf das Cerebrum als auf die Kehlkopfschleimhaut wirken.

Hier wie bei der nervösen Aphonie oder beim hysterischen Schlucken (Garel's Fall) sind Electrode und Zange, alles in allem nichts anderes, als die Werkzeuge einer Suggestionstherapie.

J. BARATOUX.

162) **Redactionelle Notiz. Der bellende Husten der Pubertätsjahre. (The barking cough of puberty.)** *N. Y. Med. Record. 31. Jan.* 1891.

Ein Referat des Vortrags von Sir Andrew Clark über diesen Gegenstand

in der Londoner Medicinischen Gesellschaft. (Vergl. Centralblatt VIII, Heft 2. S. 96.)

LEFFERTS.

163) **L. Gasparini. Vaccine und Keuchhusten. (Vaccino e pertosse.)** *Bollett. de la Soc. Med. prov. de Bergame. II. 5.* 1891.

Nicht zugänglich.

CARDONE.

164) **C. Pesa. Zucker im Urin von kleinen Kindern mit Keuchhusten. (Lo zucchero nell' urina dei bambini affetti da tosse convulsiva.)** *Rivista italiana di terap. ed igiene. XI.* 1891.

Nicht zugänglich.

CARDONE.

165) **Moussons. Acute allgemeine Polyneuritis im Verlaufe des Keuchhustens. (Polyneurite aigue generalisée survenue au cours de la coqueluche.)** *Journ. de med. de Bordeaux. 31. Mai* 1891.

Der kleine Patient im Alter von 18 Monaten, der den Gegenstand der M.'schen Beobachtung bildet, wurde im Verlaufe seines Keuchhustens von sehr ausgedehnten paralytischen Erscheinungen betroffen. Die Sensibilität war vollständig erhalten. Verf. meint, dass der Keuchhusten, der doch wahrscheinlich eine Infectionskrankheit ist, zu pathologischen Processen im peripheren Nervensystem Anlass geben kann.

E. J. MOURE.

166) **P. Le Gendre. Bemerkungen über einen Fall von recidivirendem Keuchhusten. (Note sur un cas de recidive de coqueluche.)** *Revue des malad. de l'enfance.* 1891. *p. 496—98.*

Man nimmt gewöhnlich an, dass die erste Attake des Keuchhustens Immunität herbeiführt. Dies trifft nicht für alle Fälle zu. Der Verf. berichtet von einem Falle, in dem ein junges Mädchen von 25 Jahren den Keuchhusten hatte und in dem sich mit voller Sicherheit nachweisen liess, dass die Pat. bereits mit 15 Jahren dieselbe Krankheit gehabt hatte.

E. J. MOURE.

167) **Haushalter. Drei Fälle von Infection mit dem Staphylococcus aureus im Verlaufe von Keuchhusten. (Trois cas d'infection par le staphylocoque doré dans le cours de coqueluche.)** *Revue medicale de l'Est-Nancy.* 1891. *XXIII. p. 75.*

3 Kinder, Geschwister, erkrankten im Verlaufe ihres Keuchhustens an Bronchopneumonie. Der Verf. suchte nach dem Infectionserreger, der diese Complication verursacht hatte. Er impfte das Blut der Kinder auf Nährgelatine und erhielt Colonien von Staphylococcus aureus. Die Uebertragung der Culturen auf Thiere machte, durch die Trachea vorgenommen, Erscheinungen in den Lungen, die denen der gewöhnlichen Bronchopneumonie ähnlich waren

E. J. MOURE.

168) **G. Lindsay Porteous. Keuchhusten mit Ouabaine behandelt. (Whooping-cough treated with ouabaine.)** *N. Y. Med. Journ. 26. Sept.* 1891.

Die Anfangsdose für ein Kind unter 5 Jahren beträgt 0,00006 dreistündlich in Lösung. Diese Dose verringerte gewöhnlich die Zahl der Hustenanfälle. In 2 Fällen jedoch, in denen die Kinder durch die Heftigkeit des Hustens sehr

angegriffen waren, wurde 0,0001 und kürzlich 0,0002 dreistündlich gegeben. Dies entspricht etwa einer Tagesdose von 0,0019, also dem Doppelten der von Prof. Gley empfohlenen Dosis, da dieser als maximale Tagesdose für den Erwachsenen 1 mg angiebt.

Aus genau beobachteten Fällen zieht Gemmell den Schluss, dass Ouabaine in allen Stadien der Krankheit nützlich wirkt. Im ersten Stadium verkürzt es die Hustenattaken; im zweiten beschränkt es die Schwere und die Häufigkeit der Hustenanfälle und verringert die Häufigkeit des Stickens und Erbrechens; im dritten Stadium endlich beschleunigt es die Reconvalescenz.

Porteous berichtet über den Erfolg der Behandlung in drei von den Fällen, die ihm zur Beobachtung kamen und die typisch für die verschiedenen Arten, die vorkommen, sind.

Seine Erfahrungen mit dem Mittel sind im Grossen und Ganzen dieselben wie die Gemmell's. Die Wirkung des Ouabaine ist offenbar keine cumulative. Unter dem Gebrauch der Drogue gehen Puls, Temperatur und Athemfrequenz herab.

Nach 3 oder 4tägiger Behandlung wird die Hautthätigkeit eine regere. Die Därme functioniren regelmässiger und die den Keuchhusten so häufig begleitenden Diarrhöen hören auf. Die Urinmenge steigt, ähnlich wie nach Strophantus.

LEFFERTS.

169) **Gouguenheim. Fremdkörper im Kehlkopf. (Corps étranger du larynx.)** *Bull. et mém. de la Soc. de Laryngol. de Paris. Juni* 1891.

Verf. demonstrirt ein Gebiss, dass er mit der Fauvel'schen Zange aus dem Larynx einer Frau extrahirt hat. Die Extraction war leicht. E. J. MOURE.

170) **F. J. Chamberlin. Erfolgreiche Entfernung einer Nadel aus dem Kehlkopf. (Successful removal of a pin from the larynx.)** *Virginia Med. Monthly. August* 1891.

Die Nadel wurde mit der Zange entfernt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

171) **A. Martin. Zwei Fälle von Blutegeln im Larynx unterhalb der Stimmbänder. (Deux observations de sangsues implantées dans le larynx au dessous des cordes vocales.)** *Arch. de med. et de pharm. militaires.* 1891. *p. 146—151.*

Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen Blutegel sich im Kehlkopf unterhalb der Stimmbänder festgesetzt hatten. Der erste Fall betraf eine Frau, die, nachdem sie Wasser getrunken hatte, plötzlich Erstickungsanfälle bekam. Die laryngoskopische Untersuchung liess den Blutegel erkennen. Nach 6 Tagen trat ein Collapszustand ein, der die Cricothyrotomie nöthig machte. In der Nacht darauf veränderte der Blutegel seine Lage, und die Kranke entfernte ihn nun selbst mit den Fingern. Der zweite Fall ist fast analog, nur wurde hier der Blutegel nach 22 Tagen von der Pat. selbst ohne weiteren Unfall entfernt.

Der Verf. schliesst hieran noch einige ähnliche Beobachtungen, die von anderen Militärärzten mitgetheilt sind. E. J. MOURE.

172) **Cerchez** (Budapest). **Erstickung durch einen Spulwurm im Kehlkopf und Luftröhre. (Asfixie prin ascarid lombricoid in laringe si trachee.)** *Clinica.* 1891. *No. 14.*

Am 21. April 1891 musste Verf. die gerichtsärztliche Section der Leiche eines Mannes vornehmen, der am Morgen des 17. todt im Bette gefunden worden war, weil Verdacht auf Mord vorlag. Als Ursache des Todes des stark betrunken gewesenen Mannes fand sich im Kehlkopf und der Luftröhre ein noch lebender 25 cm langer und 5 mm dicker Spulwurm vor. SENTINON.

173) **Constantin. Fremdkörper der Trachea bei einem 1jährigen Kinde; Tracheotomie; schwierige Entfernung der Canüle. (Corps étranger de la trachée chez un enfant d'un an — trachéotomie, difficulté d'enlevement de la canule.)** *Journ. de med. de Bordeaux. 1. Febr.* 1891.

Es handelt sich um ein Kind, das ein Stück von dem Wirbel eines Fisches verschluckt hatte und deswegen tracheotomirt werden musste. Als man die Canüle wieder entfernen wollte, traten Suffocationsanfälle ein infolge der geringen Resistenz der kindlichen Trachea, die sich bei jeder Inspiration zusammendrückte und dadurch den Luftstrom unterbrach. E. J. MOURE.

174) **Sérullaz. Ein Fall von Fremdkörper der Trachea. (Corps étranger de la trachée.)** *Lyon méd. 11. Oct.* 1891.

Es handelt sich um ein kleines Mädchen, das unter Asphyxie zu Grunde gegangen war infolge von Einklemmung eines Fremdkörpers in der Trachea. Einzelheiten über die Art desselben giebt Verf. nicht. E. J. MOURE.

175) **David Newman** (Glasgow). **Ein Fall von vollständigem Verschluss des linken Bronchus durch einen löslichen Fremdkörper; langsame doch vollständige Heilung nach 5 Tagen. (Case of complete obstruction of the left bronchus by a soluble foreign body; slow but complete recovery after 5 days.)** *Glasgow Med. Journ. Oct.* 1891.

Der Titel giebt in Kürze Kenntniss von dem ganzen Verlauf des Falles. Ueber die eigentliche Natur des Fremdkörpers wird nichts Bestimmtes gesagt.

P. M'BRIDE.

176) **P. Pello. Ein Fremdkörper — Pflaumenkern — im rechten Bronchus; Tod durch Asphyxie 2½ Monate nach dem Eindringen desselben. (Corpo straniero „seme di prugna" nel bronco destro; morte per asfissia dopo 2 mesi e mezzo dall' introduzione.)** *Gazzetta degli Ospitali. 23. Dec.* 1891.

Es wurden Zweifel erst an der Diagnose, dann an der Zweckmässigkeit einer Operation gehegt; darüber verstrich die Zeit, und nach etwas über 2 Monaten starb der Pat., ein 7jähriger Knabe, in einem plötzlichen Erstickungsanfall.

Bei der Autopsie fand sich eine linsengrosse Ulceration in der Regio subglottica; der Fremdkörper, der 3 cm lang, 2 cm breit und 1½ cm dick war, lag an der Bifurcationssfelle; die rechte Lunge zeigte kleine hämorrhagische Partien und Oedem. CARDONE.

177) **F. Suarez de Mendoza. Neue Kehlkopfzange von vorn nach hinten gebogen mit medianem Spalt.** (**Nouvelle pince laryngienne antéro-postérieure à fente médiane.**) *Annal. des malad. de l'oreille. Oct.* 1891.

Nachdem Verf. die verschiedenen Kehlkopfzangen, die bisher in Gebrauch sind, aufgezählt, giebt er eine Schilderung seines neuen Instrumentes; der mittlere Spalt, der von vorn nach hinten sich hinzieht und eine Breite von 3 mm auf eine Länge von $12^1/_2$ cm hat, gestattet das Ueberblicken des Operationsfeldes während der ganzen Dauer des Eingriffs. E. J. MOURE.

178) **J. Mount Bleyer. Neue tubuläre Elektroden für den Kehlkopf und ihre Anwendungsweise. (New laryngeal tubular electrodes and their mode of application.)** *N. Y. Med. Journ. 7. Nov.* 1891.

Die Kehlkopfröhre ist zum Theil aus Hartgummi gemacht, der Isolirung halber. Die Enden der Röhren dienen als Elektroden; sie sind eingerichtet für eine blos rechts- oder linksseitige oder für die Elektrolysation des gesammten Kehlkopfs. Diese Enden, die sich $^1/_2$ Zoll von der Röhre herab erstrecken, sind von Metall gefertigt, um als Leiter für den Strom dienen zu können. Die den Strom leitenden Schnüre werden an den Enden dieser Elektroden befestigt; sie sind zum Theil von Weichgummi umhüllt, damit sie nicht von der Flüssigkeit des Mundes angegriffen werden. Es sind verschiedene Grössen von diesen Elektroden hergestellt worden, damit sie der Grösse des Kehlkopfes entsprechend für Erwachsene und für Kinder vorhanden sind. LEFFERTS.

179) **J. Dionisio** (Turin). **Ein Speculum mit Vorrichtung zum Erweitern der Stimmbänder und zum Aufrichten der Epiglottis für endolaryngeale und subglottische Operationen. (Speculum divaricatore delle corde vocali e sollevatore dell' epiglottide per operazioni endolaringee e sottoglottiche.)** *Gazzetta med. di Turin. 24. Dec.* 1891.

Eine ovale, konische Metallröhre von verschiedener Grösse, je nach der Grösse des Kehlkopfs, nahezu 2 cm lang. Am oberen Rand, der weiter als der untere ist, sind 4 kleine stählerne Aeste von 20 mm Höhe horizontal befestigt, die beiden vorderen divergiren um 26 mm und biegen sich V förmig, die beiden hinteren biegen plötzlich nach hinten um und treffen sich in der Horizontalebene.

Die Röhre wird in die Trachea eingelegt bis 2 cm unter den Stimmbändern, welche durch die 4 kleinen Arme auseinander gehalten werden. Die beiden vorderen Aeste heben gleichzeitig die Epiglottis.

Zur Einführung seines Instrumentes empfiehlt D. einen ähnlichen Apparat, wie ihn O'Dwyer für seine Tuben braucht.

D. versichert, dass die Einführung leicht ist, besonders wenn man vorher mit Cocain anästhesirt hat, sie macht dem Kranken keine Schmerzen, nur ein Gefühl wie von einem Fremdkörper. Die Phonation und das Schlucken sind unmöglich; deshalb muss auch nach 3—5 Min. der Speichel mit einem Wattebausch aufgewischt werden, damit er nicht in den Sinus pyriformis und den Kehlkopf fliesst.

D. hat sein Instrument wiederholt probirt. Er brauchte es in 2 Fällen, um Papillome zu exstirpiren; das eine sass auf dem Stimmband, das andere unterhalb der Glottis. In diesem letzten Falle vermochte D. sogar die Neubildung mit dem Galvanokauter zu kauterisiren.

D. glaubt die endolaryngeale Operationstechnik durch sein Instrument um vieles leichter zu gestalten; die Einführung der Zange sei aber nicht leichter geworden?! CARDONE.

180) **Nicaise. Zur Physiologie der Luftröhre. (Physiologie de la trachée.)** *Acad. de méd. 28. Juli* 1891.

Die Luftröhre ist kein starres Rohr; sie verengert und verkürzt sich während des Inspiriums und wird während der Exspiration weiter und länger. Sprache und Gesang sind unmöglich, wenn die Trachea im Zustand der Contraction ist und die Enden der knorpligen Ringe sich berühren.

Bei den hohen Tönen ist die Spannung der intratrachealen Luft eine sehr hohe: dabei kommt es zu einer Elevation des Larynx und einer beträchtlichen Dilatation der Luftröhre, die bis zur Ruptur sich steigern kann.

Die Trachea unterstützt und steigert nun die Spannung der Luft durch ihre Elasticität und Contractilität. Diese Spannung hängt nicht nur von der Contraction, sondern auch, und zwar ganz besonders, von der Contraction der Exspirationsmuskeln ab.

Pathologische Vorgänge, die die Trachea durchmacht, äussern sich in Störungen in der Intensität der Töne und in ihrer Klangfarbe. Der Verlust der Trachea an Elasticität und Contractilität wird die Vibrationen der Stimmbänder verringern. Structurelle Veränderungen der Trachea müssen auf die Resonnanz und die Tonfarbe einwirken. Bei Sängern und Rednern kann sich die Trachea an einer Stelle erweitern und eine aneurysmatische Ausbuchtung bilden; besonders kommt dies an der cervicalen Partie der Trachea vor und die Folge ist eine fast vollständige Aphonie. J. BARATOUX.

181) **Ohloff** (Breslau). **Ueber Epithelmetaplasie und Krebsbildung an der Schleimhaut von Gallenblase und Trachea.** Inaug.-Diss. Greifswald. 1891.

Auf die Epithelmetaplasie an der Schleimhaut der Gallenblase braucht hier natürlich nicht eingegangen zu werden. Die beiden Fälle, in welchen es sich um Epithelmetaplasie an der Schleimhaut der Trachea handelt, sind folgende: I. Fall. 1½jähriges Mädchen, wegen Diphtherie tracheotomirt, starb an Aspirationspneumonie. Section: In der Trachea finden sich neben normalen, mit Cylinderepithel überkleideten Schleimhautflächen solche, an denen die Schleimhaut dem Typus der Oberhaut annähernde Beschaffenheit angenommen hat. II. Fall. Trachealkrebs bei einem 70jährigen Manne. SEIFERT.

f. Schilddrüse.

182) C. Ferretti. **Untersuchungen über Entfernung und Transplantation der Schilddrüse bei Hunden. (Esperienze sull' ablazione ed il successivo trapiantamento della tiroide nei cani.)** VIII. Congress der Ital. Gesellsch. f. Chirurgie. — *La Riforma Med. 19. Nov.* 1891.

Aus seinen Experimenten zieht F. folgende Schlüsse:

1. Bei Hunden kommt die exstirpirte und in die Bauchhöhle zwischen die Muskeln und unter die Haut transplantirte Schilddrüse nicht fort, und die Thiere starben constant an Cachexia strumipriva.

2. Die transplantirte Schilddrüse macht einen Involutionsprocess durch und wird stets vollständig resorbirt.

3. Bisher kann man nicht auf eine ausreichende wissenschaftliche Basis sich stützen, wenn man bei einem Menschen prophylactisch oder therapeutisch die nach Totalexstirpation der Schilddrüse sich einstellende Cachexie durch die Transplantation der Schilddrüse eines niederen Thieres behandelt.

4. Man kann der Schilddrüse eine sehr wichtige Function nicht absprechen.

CARDONE.

183) E. Hurry Fenwick (London). **Die diuretische Wirkung des frischen Schilddrüsensaftes. (The diuretic action of fresh thyroid juice.)** *Brit. Med. Journ. 10. Oct.* 1891.

Verf. stellte experimentell fest, dass der Saft der Schilddrüse eine ausgesprochene diuretische Wirkung bei Krankheiten der Niere besitzt, während er, dem Organismus gesunder Leute injicirt, offenbar nicht diese Wirkung hat. Nach seinen in Gemeinschaft mit Dr. Samson angestellten Versuchen hält Verf. den als Myxödem bekannten Krankheitszustand für eine Folge einer Störung der Nierenfunction.

MACKENZIE-JOHNSTON.

184) Spanton. **Zwei Fälle von Kropf. (Two cases of goitre.)** *Brit. Med. Journ. 19. Dec.* 1891.

S. stellt zwei Fälle von Kropf in der Staffordshire Branch der B. M. A. vor; beide betreffen Frauen; in dem einen wurde der rechte Lappen exstirpirt, in dem anderen der Isthmus durchtrennt, beides mit gutem Erfolge.

MACKENZIE-JOHNSTON.

185) Chas. M. Shields. **Die Behandlung des Kropfes mittelst Elektrolyse. (Treatment of goitre by electrolysis.)** *N. Y. Med. Journ. 19. Dec.* 1891.

Sh. applicirt die Elektroden auf die Hautoberfläche (labile Methode). Er berichtet über 4 Fälle von fibrocystischem Kropf, die der gewöhnlichen Behandlung getrotzt hatten. Drei davon wurden geheilt, der vierte um $^2/_3$ seines Volumens verkleinert. Der angewendete Strom hatte eine Stärke von 15—30 Leclanché-Elementen; die einzelnen Sitzungen hatten eine Dauer von 20—30 Min. und wurden alle 2 bis alle 6 Tage abgehalten. Die Behandlung dauerte 6 Wochen bis 6 Monate. Der Verf. setzt für fibröse Kröpfe in diese Therapie kein Vertrauen, für die fibrocystische Form dagegen hält er sie für das sicherste und wirksamste Mittel, das uns zur Verfügung steht.

LEFFERTS.

186) **Hache. Parenchymatöser solider Kropf. Enucleation. Heilung. (Goitre parenchymateux charnu; enucleation; guérison.)** *Revue de chirurgie.* 1891. *Paris. XI. p. 794—798.*

Die 13jährige Kranke hatte am Halse eine solide Kropfgeschwulst. Der Verf. schildert die Operation, die er mit vollem Erfolge ausführte, in ihren einzelnen Phasen. Die Kranke wurde vollständig geheilt, und der Verf. rühmt die Enucleation ausserordentlich, als die Operationsmethode par excellence. E. J. MOURE.

187) **Faguet. Cystenkropf. (Goitre kystique.)** *Journ. de medecine de Bordeaux. 20. Dec.* 1891.

Es handelt sich um ein Mädchen von $19^1/_2$ Jahren, das im Alter von 7 Jahren zuerst bemerkte, dass ihr Hals stärker wurde, und dass die Schwellung desselben durch einen kleinen beweglichen Tumor vorn in der Mittellinie bedingt war. Dieser Tumor wuchs langsam und erreichte schliesslich die Grösse einer Orange. Die Geschwulst ist rundlich, nicht höckerig, fluctuirend, nicht glänzend, ohne Pulsation; bei der Auscultation kein Geräusch; nicht transparent. Die Stimme ist rauh; es besteht leichte Dyspnoe, vor einigen Monaten Erstickungsanfälle. Die medicamentöse Behandlung blieb ohne jeden Erfolg. Eine Probepunction förderte eine gelbliche, viscöse Flüssigkeit zu Tage. Nach einer zweiten Punction, die dieselbe Flüssigkeit ergab, wurde eine Auswaschung gemacht, die aber kein besonderes Resultat hatte. Darauf wurde die Exstirpation der Geschwulst von Prof. Lanelongue gemacht, die ohne Complicationen zur Heilung führte. E. J. MOURE.

188) **Meigs. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Times and Reg. 31. Oct.* 1891.

M. empfiehlt den Gebrauch von Eisentinctur und die fortgesetzte Anwendung des Digitalis, wobei nicht über 0,6 der Tinctur 3 mal täglich herausgegangen werden soll. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

189) **Arthur Maude** (Westerham, Kent). **Oedem bei Basedow'scher Krankheit. (Oedema in Graves' disease.)** *The Practitioner. Dec.* 1891.

Oedem ist gewöhnlich bei Basedow'scher Krankheit vorhanden, es betrifft verschiedene Stellen und kann auch durch verschiedene Ursachen bedingt sein. Verf. stellt die verschiedenen Formen des Hydrops bei dieser Krankheit zusammen und theilt sie in 3 Arten: 1. das Oedem cardialen Ursprungs; 2. das Oedem nervösen Ursprungs und 3. das transitorische Oedem. Die beiden letzten sind offenbar vasomotorischen Ursprungs. Die Behandlung ist hauptsächlich symptomatisch; nur bei rein nervösem Ursprung des Hydrops kann Ipecacuanha und Opium, in kleinen Dosen häufig gegeben, sich nützlich erweisen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

190) **George R. Murray** (Newcastle). **Bericht über die Behandlung des Myxoedems mit subcutanen Injectionen eines Extractes von der Schilddrüse des Schafes. (Note on the treatment of myxoedema by hypodermic injections of an extract of the thyroid gland of a sheep.)** *Brit. Med. Journn. 10. Oct* 1891.

In einem vor der Section of Therapeutics der Bournemouth Meeting der

B. M. A. gehaltenen Vortrag berichtet Verf. über die Experimente von Horsley, Eiselsberg, Serrano u. A. bezüglich der Transplantation von Theilen der Schilddrüse vom Schafe auf Fälle von Myxödem oder Fälle, in denen die Schilddrüse erkrankungshalber exstirpirt worden war. Die Schnelligkeit, mit der in diesen Fällen Besserung eintrat, legte den Gedanken nahe, dass es die Resorption des Saftes der gesunden Schilddrüse sein könnte, die den nützlichen Effect herbeiführe.

Verf. verfügt jetzt über einen Fall von wohlausgesprochenem Myxödem beim Menschen, den er mit Injectionen vom Saft der Schilddrüse des Schafes behandelte. Die Behandlung wurde 3 Monate fortgesetzt; am Ende dieser Zeit zeigte die Pat. eine ganz erhebliche Besserung. Die Schwellung war verschwunden, die Haut weich, die Menstruation war wieder regelmässig geworden, und die Pat. konnte ihre Arbeit wieder aufnehmen. Die Methode der Gewinnung des Drüsenextractes ist ausführlich angegeben; die Injection wird 1 mal in der Woche gemacht.

MACKENZIE-JOHNSTON.

g. Oesophagus.

191) **Viti. Varicöse Ulceration im Oesophagus. (Varicose ulcer of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 28. Febr.* 1891.

V. berichtet über einen Todesfall infolge von Blutung aus einem varicösen Ulcus der Speiseröhre. Der Patient, ein Kellner, Potator, wurde ins Spital gebracht in einem Zustand extremer Anämie, der sich nach einer ein paar Tage zuvor stattgehabten reichlichen Hämatemese entwickelt hatte. Der Pat. starb 2 Tage nach der Aufnahme, nachdem er ca. 2 Liter rothen Blutes ausgebrochen hatte. Der Kranke hatte lange an Schmerzen im Epigastrium und an Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme gelitten. Bei der Autopsie fand sich eine starke Anämie aller inneren Organe, zahlreiche, alte Adhäsionen, besonders zwischen der Kapsel der Milz und Leber und dem Peritonealüberzug des Diaphragma. Die Leber war glatt, von normaler Grösse und Consistenz, die Milz etwas verbreitert und verdickt, die Nieren gesund. Der Magen, der mehr als 1 Liter Blut enthielt, zeigte keine Erweiterung der Gefässe und keine Ulceration. Bei der Eröffnung des Oesophagus zeigte sich die Schleimhaut blass, nach unten hin vorgewölbt, am unteren Theil des Rohres fanden sich vergrösserte Gefässe mit Schwellungen in unregelmässigen Abständen. Etwa 5 Zoll oberhalb der Cardia sass ein wenig umfangreiches Ulcus, das direkt mit einer starken Vene unterhalb communicirte; die Schleimhaut war in einem geringen Umfang rund um diese Stelle erheblich entzündet. Die Oeffnung war geschlossen durch ein kleines Blutgerinnsel; von dieser Stelle aus hatte offenbar die Blutung stattgefunden; eine andere Verletzung als Ursache der Blutung liess sich nicht finden. — Der Oesophagus war der Sitz sacciformer Gefässerweiterungen gerade oberhalb der Cardia und der Pat. hatte die Gewohnheit gehabt, sich selber zum Brechen zu reizen, um das Gefühl des Drucks, das ihn nach dem Essen quälte, loszuwerden.

LEFFERTS.

192) J. C. Pearson. **Das Verschlucken einer Broche von der Grösse einer halben Krone durch ein 10 Monate altes Kind; Heilung. (The swallowing of a jubilee half-crown brooch by a child of 10 months; recovery.)** *Lancet. 19. Dec.* 1891.

Der Pat. wurde sogleich mit dem Finger untersucht, doch liess sich keine Spur der Broche fühlen. Unmittelbar aber nach dem Herausziehen des Fingers machte der kleine Pat. eine heftige Würgbewegung und dabei wurde der Fremdkörper ausgeworfen. MACKENZIE-JOHNSTON.

193) **Handford. Gastrotomie wegen maligner Oesophagusstrictur. (Gastrotomy for malignant stricture of the oesophagus.)** *Lancet. 31. Oct.* 1891.

H. berichtet über seinen Fall in einem Vortrage, den er in der klinischen Gesellschaft zu London hielt. Das Hauptinteresse desselben bilden die Untersuchungen über die Bewegungen des Magens und den Verdauungsprocess unter wechselnden Bedingungen, wie sie an dem Falle nach der Operation angestellt werden konnten. MACKENZIE-JOHNSTON.

194) **W. Meyer. Gastrotomie wegen Krebs des Oesophagus. (Gastrotomy for cancer of the oesophagus.)** *N. Y. Med. Journ. 5. Dec.* 1891.

Der Kranke, 70 Jahre alt, litt an Krebs des Oesophagus; es hatte, um ihn zu ernähren, die Gastrotomie ausgeführt werden müssen. Verf. hatte die Incision nach der Vorschrift von Hacker (Wien) durch den linken M. rectus abdom. gelegt, in der Mitte dieses Muskels, parallel der Linea alba. Der Magen wurde an die Bauchwand genäht, wie gewöhnlich, und 48 Stunden später mit dem Messer durch eine sehr kleine Incision eröffnet. Die Oeffnung war gerade weit genug, um ein kleines Drainrohr durchzulassen. Die Operation hatte vor 5 Wochen stattgefunden und bisher war niemals etwas aus dem Magen ausgelaufen, das Loch in dem linken Rectus agirte wie ein künstlicher Sphincter. Verf. glaubt, dass diese Methode grosse Vortheile vor der Fenger'schen Operation hat, bei der die Incision parallel dem linken Rippenbogen geführt wird. In dem M.'schen Falle hatte der Pat. bisher 15 Pfund seit der Operation zugenommen. LEFFERTS.

195) **Hume. Gastrotomie wegen Oesophagusstrictur. (Gastrotomy for stricture of the oesophagus.)** *Lancet. 26. Dec.* 1891.

Der Patient wurde in der Northumberland and Durham Med. Society nach der Operation vorgestellt; die Strictur war die Folge des Trinkens von Liquor Kali caustic. MACKENZIE-JOHNSTON.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Jurasz** (Heidelberg). **Die Krankheiten der oberen Luftwege. (III. Heft: Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.)** Heidelberg, C. Winter. 1892.

Das vorliegende Schlussheft reiht sich würdig den beiden ersten bereits in diesem Blatt besprochenen Heften an. Wie in jenen, so findet sich auch in diesem Hefte in einer glücklich gewählten Form das Material der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkranke verwerthet. Der aufmerksame

Leser erkennt ohne viele Mühe, dass Jurasz sein Ambulatorium in der umsichtigsten Weise leitet, und es versteht, seine Assistenten und Praktikanten zu ernster, wissenschaftlicher Arbeit anzueifern. Die Krankenjournale sind mit einer Sorgfalt geführt, die überall zum Muster dienen können. In jedem der ziemlich zahlreichen Kapitel finden wir eine Reihe von interessanten Fragen besprochen, in einzelnen Punkten weichen zwar die Anschauungen des Autors von denen der Mehrzahl der Fachgenossen ab, jedoch thut das dem Werthe des Buches keinen Abbruch.

Es würde zu weit führen, auf Einzelheiten einzugehen, ich selbst habe viel Anregung aus dem Buche empfangen und möchte durch diese wenigen Zeilen dazu beitragen, dass das Buch sich viele Freunde erwirbt. Seifert.

---

b) **Philipp Schech. Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase mit Einschluss der Rhinoskopie und der lokaltherapeutischen Technik für praktische Aerzte und Studirende.** Vierte neu bearbeitete Auflage, mit 41 Abbildungen. Wien und Leipzig, Franz Deuticke. 1892.

Ein gutes Buch, zumal wenn es in vierter Auflage erscheint, findet auch ohne lobende Besprechung weiteren Eingang und Verbreitung. Zu diesen „guten“ Büchern in des Wortes voller Bedeutung rechnen wir das Schech'sche Lehrbuch, dennoch drängt es uns, auch das Erscheinen der vierten Auflage mit einigen Bemerkungen zu begleiten. Manches Lehrbuch macht, man verzeihe uns das Wort, den Eindruck eines Reklamebuchs, wir glauben, natürlich ohne jede Absicht. Ueberall drängt sich der Autor hervor, die eigenen Leistungen, Erfindungen und Ansichten werden mit einer gewissen Breite und Nachdruck hervorgehoben, die Ansichten anderer Autoren werden zwar nicht übergangen, aber im Allgemeinen nicht mit gleicher Gunst, mit gleich hellem Licht beleuchtet. Um so wohlthuender wirkt die Objectivität, die das vorliegende Werk auszeichnet. Schech lässt allen Ansichten und Methoden volle Beachtung und Recht zu Theil, ohne mit seinem eigenen auf reicher Erfahrung beruhenden Urtheil zurückzuhalten. Die Erscheinungen der neueren Litteratur sind wiederum mit grosser Sorgfalt berücksichtigt.

Der Plan des Werkes ist im Allgemeinen derselbe geblieben, wie in der letzten Auflage. Unseren Rath, den wir schon bei Besprechung der zweiten Auflage gaben, die Hyperplasie der Gaumen- und Rachenmandel nicht nur als Anhang der chronischen Pharyngitis, sondern als selbstständiges Krankheitsbild zu behandeln, hat Verf. jetzt befolgt: Neu hinzugekommen sind die Kapitel „Pharyngitis ulcerosa“ . und „Rhinitis ulcerosa“. Verf. stellt hier alle Ulcerationsprocesse zusammen, die „eine mehr selbstständige oder auch ätiologisch unklare Stellung einnehmen“. Wir halten die Bezeichnungen Pharyngitis und Rhinitis ulcerosa für nicht richtig, weil nicht alle Ulcerationen aus entzündlichen Processen hervorgehen. Wir würden es für vortheilhafter gehalten haben, alle Ulcerationsprocesse im Zusammenhange zu besprechen. Es würden allerdings hierdurch, da die Syphilis, die Tuberkulose, Lupus u. s. w. in besonderen Kapiteln behandelt werden, sich Wiederholungen nicht haben vermeiden lassen, indess für die differentielle Diagnose würde dem Lernenden eine solche Uebersicht von ausserordentlichem Werthe sein. Ebenso möchten wir uns den Rath er-

lauben, die Krankheiten der Zunge getrennt von der Stomatitis, in besonderen Kapiteln in zusammenfassender Weise zu besprechen. Wie man sieht, betrifft das wenige, was wir an dem Buche auszusetzen haben, nur die Form, die Anordnung des Stoffs, um so anerkennender müssen wir uns über den Inhalt aussprechen. Das moderne Specialistenthum verführt, das darf nicht geleugnet werden, zur Polypragmasie, und zwar gerade in der Rhinologie mehr wie in irgend einer anderen Disciplin. Es ist die Aufgabe eines guten Lehrbuchs, hiergegen anzukämpfen. Schech erfüllt diese Aufgabe vollauf. Er steckt der Lokalbehandlung die richtigen Grenzen, schützt vor Ueberschätzung der Lokalerkrankung auf Kosten des Allgemeinzustandes und warnt vor Uebertreibungen. Mit einem Wort, das Schech'sche Buch ist ein zuverlässiger Führer für den Lernenden, und auch der erfahrene Arzt wird es nicht ohne Vortheil benutzen.

Gottstein.

III. Briefkasten.

Personalia.

Herrn Dr. Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.) ist der Titel eines Kgl. Preuss. Professors verliehen worden.

Dr. Heryng und die Innsbrucker Facultät.

An
den Herausgeber des Intern. Centralblatts
für Laryngologie etc.

Sehr geehrter Herr College!

Nachdem mir am 8. April d. J. aus Innsbruck von Herrn Professor Nicoladoni der Antrag einer ausserordentlichen Professur der Oto- und Laryngologie zugekommen ist, den ich abzulehnen gezwungen war, wurde ich von befreundeter Seite, am 15. Juli, aufmerksam gemacht, dass in der 26. Nummer der Wiener klinischen Wochenschrift eine Notiz von Seiten des Decan publicirt worden ist, welche alle Nachrichten über den Antrag einer Berufung nach Innsbruck von Dr. Biedert aus Hagenau, Dr. Fleiner aus Heidelberg und von mir, als grundlos hinstellt.

Prof. Kratter schreibt im Namen der Facultät wörtlich: „In keinem dieser Fälle ist bisher ein Besetzungsvorschlag erstattet worden. Keiner der genannten Herren war daher in der Lage einen Ruf überhaupt zu erhalten, geschweige denn anzunehmen oder abzulehnen.“ Er fordert weiterhin alle wahrheitsliebenden Blätter auf, seine Berichtigung zu publiciren. Um meinen geehrten Fachcollegen ein selbständiges Urtheil in dieser Angelegenheit zu ermöglichen, gebe ich hier die Abschrift eines Briefes, den ich am 18. Juli an die Redaction der Wiener klin. Wochenschrift gesandt habe und der von dem genannten Blatt bisher nicht publicirt worden ist:

Sehr geehrter Herr Redacteur!

Bitte um gefl. Aufnahme folgender Zeilen:

Von befreundeter Seite wurde ich erst heute darauf aufmerksam gemacht, dass die No. 26 der Wiener klin. Wochenschrift a c. eine Erklärung des Decans der Innsbrucker med. Facultät enthält, welche alle Nachrichten über einen an mich ergangenen Ruf als ausserordentlicher Professor der Laryngologie und Otologie als vollkommen aus der Luft gegriffen hinstellt.

Demgegenüber bin ich in der Lage zu erklären, dass ich am 8. April a. c. aus Innsbruck eine briefliche Anfrage von Prof. Nicoladoni (ohne jeden Vorbehalt) erhalten habe, ob ich „einem Rufe an die Innsbrucker Universität Folge leisten wollte, um dort der Gründer und Vorstand einer neuen oto- und laryngologischen Klinik zu werden“.

Auf Grund dieser Anfrage haben sich schriftliche Verhandlungen angeknüpft, die mich weiter veranlasst haben nach Innsbruck zu reisen, um persönliche Aufschlüsse zu erhalten.

Am zweiten Osterfeiertag sprach ich mit dem Decan Prof. Kratter über die Modalitäten der Anstellung und wurde von ihm angewiesen mich an den Professor Nicoladoni zu wenden, den er als Vertrauensmann der Facultät in dieser Angelegenheit bezeichnete. Derselbe war zur Zeit in Wien, ich reiste dorthin, sprach mit ihm, bat um 10tägige Bedenkzeit und schrieb nach Ablauf dieses Termins nach Innsbruck, dass ich privater Verhältnisse wegen lebhaft bedauere dem ehrenvollen Ruf der Universität nicht nachkommen zu können.

Bei Rücksendung meiner früher an Prof. Nicoladoni für die Facultät gesandten Papiere und Arbeiten, schrieb mir derselbe: „ich bedauere, dass Sie den Ruf nach Innsbruck abgelehnt haben".

Sie ersehen aus diesen Ausführungen, deren Beweise sich in meinen Händen befinden, dass ich von einer durch die Facultät autorisirten Seite den Antrag einer Professur der Oto- und Laryngologie nach Innsbruck erhalten habe und abzulehnen gezwungen war. Eine Copie dieses Briefes ist an die med. Facultät in Innsbruck abgesandt worden.

Wegen Verspätung meiner Reclamation muss ich dringend um sofortigen Druck dieses Briefes bitten und genaue Angabe des Termins.

Warschau, am 19. Juli 1892.

Hochachtungsvoll und ergebenst

Dr. Theodor Heryng.

Aus dem Briefe des Herrn Prof. Nicoladoni ist ersichtlich, dass mir der Antrag einer Professur nach Innsbruck, wie er in seinem zweiten Briefe schreibt: „**ein Ruf nach Innsbruck**", zugekommen ist, und dass ich denselben abgelehnt habe. Diese Thatsache ist vom Herrn Decan in seiner Notiz mit Stillschweigen übergangen worden. In einer zweiten Notiz, die vom Decan am 20. Juli an Dr. Biedert gerichtet und publicirt worden ist, giebt die Facultät zu, dass vertrauliche Anfragen an zahlreiche andere Collegen abgegangen sind. Weder in dem an mich gerichteten Briefe des Herrn Prof. Nicoladoni, noch in dem Briefe, der aus Innsbruck an den Collegen Biedert abgesandt worden ist, wird mit einer Silbe erwähnt, dass sie vertraulicher Natur gewesen, oder als private Anfragen von Seiten der Vertrauensmänner der Facultät zu betrachten seien. Da wir alle drei abgesagt haben, so konnte selbstverständlich kein Besetzungsvorschlag an das Ministerium stattfinden! — Aus diesen Betrachtungen geht jedenfalls hervor, dass die zu Verhandlungen autorisirten Mitglieder der medicinischen Facultät in Innsbruck durch den zu wenig präcisen Charakter ihrer Anfragen uns quasi selber autorisirt haben ihre Vorschläge als halbofficielle zu betrachten.

Das stillschweigende Uebergehen dieser Anträge in der ersten Notiz der Facultät kann durch Nichts entschuldigt werden. Diese Darstellung muss, falls sie nicht durch Publication unserer Briefe entkräftet würde, den Schein erwecken, als hätten wir selber zur Verbreitung thatsächlich falscher Nachrichten über eine Berufung beigetragen! — Eine Abwehr von uns ist bereits in der No. 31 der Berliner klinischen Wochenschrift publicirt worden; ich wünsche aber auch meinen engeren Fachcollegen den Sachverhalt vorzulegen, da Oeffentlichkeit die beste Schutzwehr gegen Entstellung bildet. Ich verbleibe daher mit der Bitte, diesen Brief im Internationalen Centralblatt für Laryngologie publiciren zu wollen

Hochachtungsvoll und ergebenst

Ihr T. Heryng,
Vorstand der laryng. Abtheilung am
St. Rochus-Hospital in Warschau.

Druckfehlerberichtigung.

In No 12 des vorigen Jahrgangs ist Seite 566, Zeile 7 zu lesen: Th. Harke statt Th. Hacke; ebenso im Register Seite 591 statt Th. Hacke: Th. Harke.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. Berlin, October. 1892. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **V. Nicolai** (Mailand). **Die Otiatrie und die Rhino-Laryngologie in Berlin. (L'otoiatria e la rino-laringologia a Berlino.)** *Milan. typ. del Riformatorio. 1892.*

N. beschreibt alles, was er in Berlin während der Herbstcourse vom Unterricht in der Otologie und der Rhino-Laryngologie gesehen hat und stellt es in Vergleich mit den italienischen Verhältnissen.

N. ist nicht gerecht, wenn er sagt, dass in Italien der Unterricht in den genannten Disciplinen nur in den Händen einiger Privatdocenten ruht, und dass diese Theoretiker sind. Danach erwartet N. den Fortschritt einzig von der Arbeit der in mehreren Centren eingerichteten Polikliniken. CARDONE.

2) **R. Botey** (Barcelona). **Klinische Studien über Laryngologie, Otologie und Rhinologie, wie diese Fächer derzeit in Europa betrieben und gelehrt werden. (Estudios clinicos sobre laringologia, otologia y rinologia, m practica y ensenanza actual en Europa.)** Heft 2. Madrid 1892.

In diesem 2. Hefte erzählt Verf., was er in Oesterreich gesehen und gehört hat und giebt uns die Bildnisse von Schrötter, Politzer und Zaufal.

SENTINON.

3) **D. Newman** (Glasgow). **Die Tuberculose als eine Infectionskrankheit. (Tuberculosis as an infectious disease.)** *Glasgow Med. Journ. Febr. 1892.*

Verf. hebt mehrere Fälle hervor, die für die contagiöse Natur der Tuberculose sprechen. In zweien von diesen war der Hals primär afficirt und in einem Falle, in dem nach Scarlatina eine Ulceration bestand, war der Pat. von einem phthisischen Wärter gepflegt worden. P. M'BRIDE.

4) **Geo M. Gould. Schwere „Erkältung" infolge reflectorischer Reizung vom Auge aus. (Severe „common cold" due to reflexes from the eye.)** *Phil. Med. News. 12. März 1892.*

Der Pat., ein 46jähriger Mann, litt an Accommodationslähmung und einem Refractionsfehler; es wurde ihm eine geeignete Brille verschrieben. Der weitere Verlauf des Falles wird vom Verf. folgendermaassen geschildert:

„Am 3. April gab ich meinem Pat. ein Paar schärfere Gläser zur Correction seiner Myopie. Eine Woche darauf war er „stark erkältet"; wie er sagte, hatte er sich die Erkältung in einem Schlafwagen geholt. Später liess sich feststellen, dass der Tag seiner Erkältung der erste Tag war, an dem er die schärferen Gläser getragen hatte.

Am 22. Juli kam er wieder zu mir unzufrieden mit seiner neuen Brille. Er hatte bemerkt, dass er jedesmal, wenn er sie eine Stunde trug, seine früheren Nasen- und Halsbeschwerden wieder bekam, nämlich starken Schnupfen, Congestion nach Rachen und Kehlkopf und einen veränderten Klang seiner Stimme. Diese Symptome verschwanden in wenigen Stunden, sobald er die alte Brille mit den schwächeren Gläsern wieder aufgesetzt hatte. Der Pat. hat diese Erscheinung seither sehr häufig ausprobirt. Wenn er in's Theater oder einen anderen öffentlichen Raum geht, trägt er häufig, um genauer sehen zu können 1 oder 2 Stunden lang das schärfere Glas. Dabei zieht er sich jedesmal unweigerlich seine Erkältung zu.

Und nicht nur dies, er hat auch einigemale leichtere Zufälle nach dem Tragen seines schwächeren Glases gehabt, wenn dieses nicht ganz in Ordnung und die Axe des Astigmatismus dabei falsch eingestellt war. Auch in diesem Falle kommt die Erkältung wieder. Der Kranke hat darin thatsächlich eine solche Routine gewonnen, dass er eine falsche Einstellung seiner Gläser vermuthet, sobald er fühlt, dass die nasalen Reizerscheinungen beginnen. Sobald dann die Linsen wieder in die richtige Lage gebracht sind, vergeht die Erkältung in etwa 2 Stunden".

LEFFERTS.

5) **Beverley Robinson. Die Beziehung der Störungen der Schleimhaut der oberen Luftwege zu constitutionellen Affectionen. (The relation of disturbances of the mucous membrane of the upper air passages to constitutional conditions.)** *N. Y. Med. Journ. 26. März 1892.*

„Die Feststellung des Zusammenhanges zwischen constitutionellen Anomalien und Störungen der Schleimhaut der oberen Luftwege ist bisweilen ein relativ leichtes Unternehmen. In der grossen Mehrzahl der Fälle jedoch ist es schwer aufzuklären, wie die allgemeinen und die localen Erscheinungen mit einander zusammenhängen. Und in einer gewissen Anzahl von Fällen endlich kann man selbst nach wiederholter sorgfältigster Untersuchung sich des Zweifels nicht entschlagen, ob hier wirklich eine gemeinsame Ursache der Allgemeinaffection und den im oberen Theil des Respirationstractus beobachteten Erscheinungen zu Grunde liegt. Wenn man sich gerade über diesen Punkt eine Meinung bilden will, so muss man ohne Voreingenommenheit jeden klinisch beobachteten Fall einer gründlichen und genauen Prüfung unterziehen. Auch sind die Beobach-

tungen genügend zu würdigen, welche die in der practischen Heilkunst wohl erfahrenen Männer vor uns angestellt haben. Freilich ist zu bedenken, dass man den Anschauungen gegenüber, die in der Vergangenheit Geltung hatten, nicht übertolerant sein soll, wenn spätere Fortschritte unserer Wissenschaft und Kunst sie als irrthümlich erweisen, und manche klinischen Daten, die uns überkommen sind, verlieren ihren Werth durch den Mangel an Genauigkeit, der den Methoden, die dabei angewendet werden, anhaftet.

Diese Bemerkungen sollen nur die Behauptung einleiten, dass die alte, früher weitverbreitete Ansicht, dass ein constitutionelles Leiden jede Localaffection beeinflusst, bei dem modernen Practiker an Geltung verliert. Ja ich zweifle gar nicht daran, dass sehr viele unserer heutigen Aerzte geneigt sind, die meisten menschlichen Leiden zu localisiren bis zu einem thatsächlichen Ausschluss jedes diathetischen Einflusses. Diese Tendenz giebt natürlich der lokalen Therapie überall da eine primäre Bedeutung, wo überhaupt nur eine reelle Erkrankung vorliegt, die einen therapeutischen Eingriff gestattet. Und diese meine Ueberzeugung trifft wohl für kein Gebiet der Medicin und Chirurgie mehr zu, als für die Laryngologie und Rhinologie.

Und doch ist der menschliche Körper gebildet aus zahlreichen differenten Organen, deren Gewebe und Functionen unlöslich unter einander verknüpft sind und wir können nicht eines von ihnen übersehen, als ob es unwichtig wäre, in seinem Einfluss auf die anderen.

Und deshalb gehen wir von dem Gedanken aus, dass die Beziehungen der Störungen der Schleimhaut der oberen Luftwege zu den constitutionellen Verhältnissen verschiedentliche und wesentliche sind.

Das constitutionelle Leiden kann eins von denen sein, bei denen Heredität und Contagiosität eine wichtige Rolle als ursächliches Moment spielen, oder von denen, bei welchen die Gewohnheiten, die Lebensweise und die Umgebung bedeutungsvolle Factoren sind, oder schliesslich von denen, wo die individuelle Entwicklung allein die Ursache dafür zu sein scheint, dass in einer bestimmten Periode des Lebens mit grösserer oder geringerer Sicherheit die Lokalaffection entsteht und weiter wächst. Die constitutionellen Leiden, auf die wir hingewiesen haben, können acuter oder chronischer Natur sein. Zu den ersteren gehören die Fieberkrankheiten und unter diesen sind die typhösen Fieber, die exanthematischen Erkrankungen und die Malariaaffectionen diejenigen, die am meisten ins Auge fallen. Weiter haben wir die Erkrankungen allgemeiner und acuter Natur, wie Diphtherie und acute Miliartuberculose, die ohne Frage verschiedene Störungen in den oberen Luftwegen hervorrufen". Zuletzt bespricht Verf. den Einfluss der chronischen Tuberculose, der Syphilis, Scrophulose, Carcinose, Gicht, des Rheumatismus, der Lithämie, des Alkoholismus etc. LEFFERTS.

6) **G. Melville Black. Die Wirkung der Höhe auf die Schleimhaut der oberen Luftwege nebst einigen Krankengeschichten. (The effects of altitude upon the mucous membranes of the upper air-passages; with report of cases.)** *N. Y. Med. Journ. 9. April 1892.*

B. beobachtete, dass, wenn Personen in das Höhenklima von Denver, Colo-

rado U. S. A., das etwa 1 Meile über dem Meeresspiegel liegt, aus der Höhe etwa des Meeresspiegels hinaufkommen, sie dann etwa innerhalb 24 Stunden nach ihrer Ankunft mehr oder weniger ausgesprochene Symptome darbieten, die auf einen Reizungszustand der Schleimhäute der oberen Luftwege, besonders aber der Schleimhaut der Nasenhöhlen zu beziehen sind. Dieser Reizzustand kann sich zur Entzündung entwickeln, die gewöhnlich zwar in milder Form verläuft, aber auch sehr schwer werden kann. In der Mehrzahl der Fälle sagen die Pat., sie hätten sich „erkältet". Diese Erkältung giebt die reizende Ursache ab, der niedere atmosphärische Druck aber ist das prädisponirende Moment.

LEFFERTS.

7) **W. P. Porcher. Die Verhütung der Erkältungen und ihrer Folgen durch chirurgische Maassnahmen. (The prevention of colds and their sequelae by surgical methods.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 2. Jan. 1892.*

Die gewöhnliche Ursache der Erkältung ist die nasale Verstopfung; dieselbe soll in allen Fällen beseitigt werden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) **S. Normann. Die Prognose und Behandlung des Asthma. (The prognosis and treatment of asthma.)** *Times and Register. 28. Mai 1892.*

N. räth die Pat. ins Gebirge oder an die See zu bringen. Für diejenigen, die einen solchen Luftwechsel nicht vornehmen können, empfiehlt er Cocain.

In der sich anschliessenden Discussion findet das Cocain strenge Verurtheilung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

9) **Goebel. Die mechanische Behandlung des Asthmas.** *Deutsche med. Woch. 1892. No. 14.*

G. hat bei Asthmatikern, deren Leiden auf Emphysem beruhte, den ganzen Thorax, besonders aber die hinteren unteren Partien systematisch und ziemlich heftig beklopft, so dass der ganze Brustkorb in Erschütterung gerieth. Er verspricht sich davon eine Erleichterung des Blutzuflusses und damit eine bessere Ernährung des Lungengewebes. LANDGRAF.

10) **F. H. Bosworth. Die Erfolge der Behandlung der oberen Luftwege zur dauernden Heilung des Asthma. (The result of treatment of the upper airpassages in producing perminent relief of asthma.)** *N. Y. Medical Journal. 26. März 1892.*

In einem am 28. Mai 1885 gehaltenen Vortrage stellte B. die Theorie auf, dass ein asthmatischer Anfall von drei Dingen abhängt: Erstens einem allgemeinen neurotischen Habitus; zweitens einer Erkrankung der Nasenschleimhaut und nicht der Bronchialschleimhaut; und drittens von gewissen noch dunklen atmosphärischen Einflüssen. Die beiden ersteren bilden die active prädisponirende Ursache, während das letztgenannte Moment die den Anfall auslösende Ursache ist.

B. folgerte daraus weiter, dass ein Asthmaanfall nicht nur von den drei genannten Factoren abhängig ist, sondern dass auch die Beseitigung eines von ihnen, gar nicht aller drei, für gewöhnlich genügen müsste, um die Krankheit zu heilen.

Die Verfolgung dieser Gedanken eröffnet eine hervorragend interessante und weittragende Perspective. In einer Arbeit über das Asthma aus dem September 1888 analysirte B. die Erfolge der Behandlung in 80 Fällen, von denen 34 Fälle von Heuasthma oder periodischem Asthma, und 46 Fälle von dauerndem Asthma oder, wie man sagt, richtigem nervösem Asthma waren. Für unsere Zwecke ist es nicht nöthig, diese Gruppen auseinanderzuhalten. Von den 80 Fällen wurden 46 als geheilt, 26 als gebessert, 3 als ungebessert angeführt und in 5 blieb der Erfolg unbekannt. Seit dieser Mittheilung sind 3 Jahre vergangen und leider ist B. nicht im Stande gewesen, den Erfolg der Behandlung in allen diesen Fällen bis zuletzt zu verfolgen. Von den als geheilt aufgeführten Fällen haben nur ein paar Rückfälle erlitten, nur bei 6 kehrten die Asthmaanfälle wieder, allein in keinem dieser Fälle hatten die Anfälle die Häufigkeit und die Heftigkeit wie vorher.

Seit seiner damaligen Mittheilung hat B. 88 weitere Fälle von Asthma behandelt, in denen eine gleichzeitige intranasale Erkrankung turgescirender Art vorlag. Von diesen wurden 42 geheilt, 33 gebessert, 2 blieben ungebessert und in 11 blieb das Resultat unbekannt, da die Pat. sich nicht wieder vorstellten. Die locale Affection war in der grossen Mehrzahl der Fälle entweder Nasenpolypen oder Verbiegung des Septum oder hypertrophische Rhinitis.

Scheidet man die 11 Fälle, in denen der Erfolg unbekannt geblieben ist, ganz aus, so bleiben 77 Pat. mit Asthma jeder Art übrig, von denen nur bei 2 die intranasale Behandlung ganz und gar ohne Erfolg blieb.

B. berichtet bei 42 Fällen vollständige Heilung. Nun könnte es, wie merkwürdig dies auch klingt, manchem wohl fraglich erscheinen, worauf hin man eine Heilung bei Asthma diagnosticiren soll. B. antwortet darauf, dass man vollauf berechtigt sei, von einer Heilung zu sprechen, wenn ein Pat. 12 Monate hindurch verschont bleibt.

Die 33 Pat., bei denen von Besserung die Rede ist, umfassen nicht nur diejenigen, bei denen die Anfälle merklich milder wurden, sondern auch andere, bei denen Monate vergingen ohne neuen Anfall; bei nicht wenigen hörte die Krankheit auf, eine Quelle sehr ernster Beunruhigung zu bilden und nur, weil die Immunität nicht volle 12 Monate anhielt, führt B. sie einfach unter der Rubrik der gebesserten Fälle auf. LEFFERTS.

11) **Redactionelle Notiz. Die Behandlung des Asthma. (The treatment of asthma.)** *Therapeutic Gazette. 15. Febr. 1892.*

Folgendes Recept wird empfohlen:

Extr. Euphorbiae piluliferae. . .	12,0.
Nitroglycerin	0,0003.
Natrii jodati	0,15.
Kalii bromati	0,15.
Tot. Lobeliae	8,0.

M. D. S. Auf ein mal zu nehmen; dasselbe oder auch die doppelte oder dreifache Dosis 3 mal am Tage. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

12) H. H. Schroeder. **Die Behandlung der Erkältung. (The treatment of a cold.)** *N. Y. Med. Record. 30. Januar 1892.*

S. bringt einen langen Aufsatz mit zahlreichen Einzelvorschriften für die Behandlung: bei genauerer Erwägung aber und besonders beim Studium seiner allgemeinen therapeutischen Grundsätze wird man nichts Neues und auch nichts von besonderer Eigenart finden. LEFFERTS.

13) J. B. Potsdamer. **Vinum Jodinii comp. in der Therapie der catarrhalischen Affectionen der Luftwege. (Vinum Jodinii comp. in the treatment of catarrhal affections of the air-passages.)** *Med. and Surg. Reporter. 2. Jan. 1892.*

4,0 gr. enthalten 0,0006 Phosphor, 0,004 Jod 0,01 Brom, ferner aromatische Substanzen und Weine. Das Mittel ist gut für Nasencatarrh.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

14) Siemon (Kottbus). **Die Einathmung ätherischer Oele und anderer bei niederer Temperatur flüchtiger Substanzen, eine rationelle Inhalationstherapie bei chronischen Erkrankungen der Athmungsorgane, besonders der Lungentuberculose.** *Deutsche Med.-Ztg. 17. 1892.*

S. empfiehlt ein Inhalationsfläschchen, das bequem in der Brusttasche getragen werden kann, dessen unterer die medicamentöse Flüssigkeit aufnehmende Theil durch eine halsartige Einschnürung von dem oberen räumlich getrennt und auf 20 cbcm. Rauminhalt beschränkt ist, so dass bei genügender Ausnutzung des Medicamentes und grösstmöglicher Ersparniss eine genaue Dosirung ermöglicht wird. SEIFERT.

15) A. J. Myers. **Mittel bei acuten Krankheiten der Athemwege. (Therapeutics of the acute diseases of the respiratory tract.)** *Le high Valley Med. Magazine. April 1892.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) F. Fischel (Prag). **Eine bakteriologisch-experimentelle Studie über Influenza.** *Prager Zeitschr. f. Heilkunde. XII. Bd. I. u. II. Heft ausgegeben am 15. Januar 1892.*

F. entnahm dem Vorderarme einer unter heftigem Schüttelfroste an Influenza erkrankten Frau unter allen Cautelen etwas Blut und übertrug es auf Gelatine. Nach 24 Stunden legte er von der schwachen Vegetation auf 4 Gelatine- und Agarplatten Culturen an. Auf den Agarplatten bildeten sich Colonien von zwei Coccenarten. Der zweite dieser Coccen ist für Hunde und Pferde pathogen und löst Erscheinungen aus, die jenen der Staupe dieser Thiere sehr ähnlich ist. In alten sterilisirten Bouillonculturen dieses Coccus gedeihen der Bacillus Pneumoniae und der Streptococcus pyogenes üppiger als in frischer peptonisirter Fleischbrühe.

Schliesslich spricht sich F. dahin aus, dass der obige Coccus möglicher Weise Erreger der Influenza ist. Er nennt ihn überall nur Mikroorganismus II.

CHIARI.

17) **v. Wunschheim** (Prag). **Demonstration von bei Influenza gefundenen Bakterien.** Verein deutscher Aerzte in Prag. — *Prager med. Wochenschrift. 1892. No. 7.*

v. W. fand dieselben Bacillen, wie sie von Pfeiffer, Kitasato und Canon beschrieben wurden, in dem Blute eines Influenzakranken.

Dr. C. Hermann fand sie in 12 Fällen 2 mal im Blute.

Dr. F. Fischl fand sie in 6 Fällen niemals im Blute. CHIARI.

18) **F. J. Thornbury. Die Influenza und die neuesten bakteriologischen Untersuchungen. (Influenza and the latest bacteriological researches.)** *N. Y. Med. Record. 4. Juni 1892.*

Die Ueberschrift giebt kein vollständiges Bild von dem Inhalt der vorliegenden Arbeit, da der Verf. auch die Symptomatologie einer ausführlichen Besprechung unterzieht, die Arbeit ist aber durchweg interessant und giebt ein vortreffliches Resumé des gegenwärtigen Standes unseres Wissens über die Influenza. Wo die Influenza vorkommt, soll natürlich eine Behandlung stattfinden und wir behandeln sie dann ebenso wie die meisten anderen Krankheiten, d. h. rein symptomatisch. Denn leider giebt es kein Specificum gegen die Influenza und wahrscheinlich wird es auch noch lange keines geben, bis die Lehre von den immunisirenden Bacterienproducten uns eins in die Hand geben wird. Was die prophylactischen Mittel anlangt, so hat das Chinin, das hauptsächlich in Frage kommt, ein negatives Resultat ergeben, doch dasselbe ist ein gutes Tonicum, Antisepticum und Antipyreticum und darum auf alle Fälle ein zweckmässiges Mittel. Exalgin, Phenacetin und Antifebrin sind in ausgedehntem Maasse gegeben worden. Auch Natr. benzoicum ist gut.

Stimulantien können unter Umständen dringend indicirt sein. Weiter kommt für die Prophylaxe in Frage antiseptische Reinigung von Mund und Nase. Inhalationen von Ichthyol sind nicht ohne Werth. Zu erwähnen sind ferner Codein, Salol, Naphthol und Jodkali, die alle ihre Indicationen und ihre Besonderheiten haben. Complicationen sind natürlich nach ihrer Art und Stärke zu behandeln.

LEFFERTS.

19) **Krause** (Göttingen). **Die Influenza.** *Allg. Wiener med. Zeitung. 1892. No. 1 und 2.*

K. bezieht sich auf die Dissertation Eyff's, der sich gegen die miasmatische Verbreitung der Influenza ausspricht, da sie nachweisbar durch den Verkehr übertragen wird. Die Luft scheint den Keim nicht übertragen zu können, dagegen aber mit solchen Keimen verunreinigte Gegenstände, als Briefe etc. Die Influenza ist daher nach Eyff eine contagiöse Erkrankung von kurzer Incubationszeit; die Immunität ist nur selten angeboren und die durch einmalige Erkrankung erworbene weder sicher noch lange dauernd. CHIARI.

20) **Verein der Aerzte Steiermarks** (Graz). **Discussion über die Influenza — 7. December 1891.** *Internat. klin. Rundschau. 1892. No. 2.*

Nach einleitendem Vortrage Rembold's sprach sich die Versammlung, be-

sonders auf Antrag v. Wagner's dahin aus, Fragen zu formuliren, die von den Aerzten zu beantworten wären. Dieselben sind:

1. Feststellung der Symptome besonders behufs der Differential-Diagnose gegen sporadische Grippe und katarrhalische Erkrankungen;
2. Verhalten des Fiebers;
3. Complicationen und Folgekrankheiten;
4. Wiederholung der Erkrankung bei demselben Individuum;
5. Momente, welche die Erkrankung begünstigen oder verhindern;
6. Incubationsdauer;
7. Wege der Infection.

CHIARI.

21) **E. J. Frost. Ein eigenthümlicher Geruch bei Influenza und das Nebeneinanderbestehen dieser Krankheit neben anderen Infectionen. (An odor in influenza and coexistence of the disease with other infections.)** *N. Y. Medical Record. 20. Februar 1892.*

Der Geruch ist in allen Fällen der gleiche charakteristische, ein Pat. bezeichnete ihn als den Geruch von „blauem muffigem Mehl"; Verf. spricht von von einer Art Mischgeruch von einem unreinen Hühnerstall und muffigem Mehl. Der Geruch haftete besonders der Kleidung an, ferner dem Schweiss, dem Sputum, in einem Falle dem Erbrochenen; fast stets war die Luft des Krankenzimmers von diesem Geruch erfüllt.

Im weiteren Verlauf seiner Arbeit spricht Verf. von mehreren Fällen, in denen die Grippe mit einer anderen coexistirenden, nicht intercurrenten Krankheit complicirt war, und von dem Einflusse, den die eine Krankheit auf die andere ausübte.

In dem ersten Falle, den F. behandelt, wurde durch die Influenza zweifellos eine latente Tuberculose verschlimmert.

In einem zweiten Falle wurde eine Halsaffection nach Scharlach bei einem Erwachsenen verschlimmert und in die Länge gezogen, wahrscheinlich durch den Einfluss der Influenza.

Im letzten Falle endlich wurde offenbar die Influenza modificirt durch ein Sumpffieber, so dass sie nur abortiv in die Erscheinung trat; die Dauer der Hyperpyrexie aber wurde erheblich in die Länge gezogen. LEFFERTS.

22) **Redactionelle Bemerkung. Die Temperatur bei der Influenza. (The temperature in influenza.)** *Phil. Med. News. 7. Mai 1892.*

Der Fieberverlauf bietet keine besonderen Eigenthümlichkeiten dar. In der Regel erreicht die Temperatur ihren höchsten Punkt im Beginne des Anfalls oder doch frühzeitig. Nicht ungewöhnlich ist, dass dem Fieberanstieg ein Frost vorhergeht. Im weiteren Verlauf der Krankheit hat das Fieber den Typus der Continua, es fällt dann in manchen Fällen lytisch ab, in andern mit einer Krise, die manchmal unter Schweissausbruch erfolgt. In ein paar Fällen nahm das Fieber aber einen vollständig abweichenden und ungewöhnlichen Verlauf.

LEFFERTS.

23) J. Solis-Cohen. Die Symptome und pathologischen Veränderungen von Seiten der oberen Luftwege bei Influenza. (The symptoms and pathological changes in the upper air-passages in influenza.) *N. Y. Med. Journ. 26. März 1892.*

Die Symptome der Influenza sind, soweit sie die oberen Athemwege betreffen, keineswegs charakteristisch und die Zugehörigkeit eines Falles zu dieser Erkrankung lässt sich nur aus dem endemischen Charakter des Leidens erkennen, sowie aus der eigenthümlichen Niedergeschlagenheit des Nervensystems, die dasselbe begleitet, wozu noch die charakteristische Plötzlichkeit des Ausbruchs der Krankheit und die grosse Schwäche der Circulation kommt.

Zu diesen Symptomen gehören: Niesen, Schnupfen, Parosmie, nasale Dyspnoe, Nasenbluten, Halsschmerzen, Schluckbeschwerden, Articulationsstörungen, Husten, Auswurf bisweilen von bluthaltiger Beschaffenheit, Dysphonie, Aphonie, laryngeale Dyspnoe und Kehlkopfspasmen.

Die der Hauptsache nach katarrhalischen Processe, die zu mehr oder weniger von diesen Symptomen Anlass geben, sind nicht universeller Natur. Sie kommen wahrscheinlich nur in etwa $^1/_4$ aller Fälle vor, der Rest bietet nervöse, Lungen- oder gastro-intestinale Störungen ohne irgend eine katarrhalische Complication dar.

Die pathologischen Processe, die man in dem oberen Theile des Respirationsapparates sich abspielen sieht, sind: katarrhalische, hämorrhagische und eitrige Rhinitis; ferner Entzündung und Eiterung in den Siebbein-, Stirn- und Kieferhöhlen, acute phlegmonöse und ödematöse Halsentzündung, einfache acute Pharyngitis und Oedem des Pharynx; gewöhnliche Mandelentzündung; lacunäre Tonsillitis; Entzündung und Schwellung der Lymphknötchen an der Rachenwölbung und am Zungengrunde; pseudomembranöse Exsudation an Mandeln, Gaumen, Rachen, Zunge und Kehlkopf; superficielle, ödematöse, hämorrhagische, fibrinöse, subglottische, eitrige und ulceröse Laryngitis; Kehlkopfabscess; einfache und hämorrhagische Tracheitis — alles dies blos als Beispiel für die Proteusnatur der Influenza im Allgemeinen.

Hierzu wäre noch zu zählen die Infiltration des Bindegewebes und der Lymphdrüsen und der Submaxillar- und Cervicalgegend.

C. sieht das eigentliche pathologisch-anatomische Wesen der Influenza, soweit sich dies in den oberen Luftwegen äussert, für eine Affection der Lymphorgane und Lymphgewebe und eine dadurch bedingte Anstauung von Lymphe im Bindegewebe an.

Es scheint eine Parese des Nervensystems zu bestehen und eine ihrer Folgen scheint die Stase in der venösen und der Lymphcirculation zu sein. Daher diese passiven Blutcongestionen, die Ecchymosen und die Blutungen auf der einen, die passiven Lymphanhäufungen und die lymphöse oder mucöse Exsudation auf der anderen Seite. Fibrinöse Exsudation kommt in manchen Fällen vor, in anderen ein typhusähnlicher Grad der Entzündung, der schliesslich in Eiterung ausgeht und zu einem umschriebenen oder diffusen Abscess führt. LEFFERTS.

24) **Beverley Robinson. Einige Nasen-, Hals- und Ohrensymptome und -störungen bei Influenza. (Some nasal, throat and aural symptoms and disorders met with in influenza.)** *N. Y. Med. Journ. 16. April 1892.*

Abgesehen von der Thatsache, dass die Nasen-, Hals- und Ohren-Symptome und -Störungen, die bei der Influenza vorkommen, stets in Begleitung von Allgemeinerscheinungen auftreten, die ihre wahrscheinliche Natur erkennen lassen, können wir nicht zugeben, dass diese Symptome in allen Fällen charakteristisch sind oder sich von den Nasen-, Hals- und Ohrenaffectionen unterscheiden, welche für sich allein vorkommen und in keiner Weise von einer Allgemeininfection Zeugniss ablegen. So kommt bei der Influenza ein Nasencatarrh vor mit Niesen, lokaler Reizung, Hitze und Verstopfung, welcher einer acuten Coryza in Folge einer gewöhnlichen Erkältung, in Folge von Zugluft, der man sich in ermüdetem Zustande aussetzt, oder in Folge von Einathmung schlechter Dünste aufs Haar gleicht.

Ebenso kann man einen Anfall von Rachenentzündung oder acuter Mandelentzündung beobachten, die vollständig den gleichen Störungen, wie sie gelegentlich durch die gewöhnlichen Ursachen hervorgerufen werden, gleichen, es sei denn, dass allgemeinere Schmerzen, höheres Fieber oder stärkere körperliche oder geistige Depression sie begleiten, als dies gewöhnlich bei gleichen lokalen Affectionen unter anderen Umständen der Fall ist. Und ganz das Gleiche gilt von den Formen acuten Ohren- oder Kehlkopfcatarrhs, die im Verlauf der Influenza vorkommen. Hinzugefügt muss freilich werden, dass man gelegentlich bei den genannten und auch bei anderen Nasen-, Ohren- und Halsaffectionen gewisse besondere Eigenthümlichkeiten constatiren kann, die auf die Influenza-Epidemie zu beziehen sind. Der Verf. behandelt im weiteren Verlauf seiner Arbeit ausführlich diese besonderen Eigenthümlichkeiten. Seine Angaben stützen sich in der Hauptsache auf eigene Beobachtungen; mehrmals jedoch zieht er auch die Angaben anderer Autoren an.

LEFFERTS.

25) **Charles K. Mills. Die nervösen und geistigen Symptome und Folgekrankheiten der Influenza. (The nervous and mental phenomena and sequelae of influenza.)** *Phil. Med. News. 30. Januar 1892.*

Eine etwas lange, aber interessante Arbeit. Die Hauptergebnisse sind in folgenden Sätzen zusammengefasst:

1. Die Influenza kann, ebenso wie andere fieberhafte Krankheiten einen psychopathischen Zustand setzen.
2. Geisteskrankheit kann sich zu verschiedenen Perioden während der Krankheit entwickeln.
3. Die Influenza kann jede Form geistiger Erkrankung herbeiführen.
4. Specifische Symptome treten dabei nicht hervor.
5. Die Rolle der Influenza bei der Herbeiführung geistiger Erkrankung ist eine verschiedene.
6. Die Influenza kann die prädisponirende oder die Gelegenheitsursache sein.
7. In allen Fällen besteht eine ererbte oder erworbene Prädisposition.

8. Die Geisteskrankheit ist die Folge einer gestörten Ernährung des Hirns, möglicherweise auf toxischer Basis.
9. Der Ausbruch der Krankheit ist oft ein plötzlicher, er steht in keiner Beziehung zur Schwere des Influenza-Anfalles.
10. Die Heilbarkeit hängt mehr von den allgemeinen als von den speciellen Verhältnissen ab.
11. Die Geisteskranken selbst sind weniger für die Influenza disponirt als die Gesunden.
12. In seltenen Fällen hat eine Influenza bestehende Psychosen geheilt.
13. Die Irren können während der Influenza Remissionen ihrer Geisteskrankheit durchmachen.
14. Für die Behandlung giebt es keine specielle Indication.
15. Die Influenza kann zu Verbrechen Anlass geben und hat darum ein Interesse für die forensische Medicin. LEFFERTS.

26) **Redtenbacher** (Wien). **Hirnabscesse und Eiterung im Sinus frontalis nach Influenza.** Aus „Bericht des allgemeinen Krankenhauses in Wien für 1890". — *Wiener med. Blätter. 1892. No. 13.*

Der Tod erfolgte, trotzdem man den Sinus frontalis eröffnet hatte, in Folge der schon bestehenden Abscesse des Gehirns. CHIARI.

27) **Alois Pollak** (Prag). **Beiträge zur Kenntniss der Influenza.** *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 5 u. 6.*

P. giebt eine Uebersicht über diese Erkrankung, von der er selbst 100 Fälle gesehen. Die Tuberculose erlitt in seinen Fällen durch die Influenza keine wesentliche Verschlechterung. Dagegen beobachtete er 8 Mal schweren Verlauf von Masern nach überstandener Influenza. Todesfälle hatte er bei den 100 Fällen nicht zu beklagen. Seine Therapie besteht in Bettruhe durch lange Zeit, in mittleren Dosen von Antipyrin oder Natron salicylicum und gewöhnlicher symptomatischer Behandlung; er warnt vor zu grossen Dosen. CHIARI.

28) **Höhn** (Radein, Steiermark). **Beitrag zur Kenntniss der Influenza.** *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 10.*

An 70 Fällen beobachtete H. 5 Mal lobuläre Pneumonie, 7 Mal schwere Angina, aber immer günstigen Ausgang. Die Erkrankung zeigte sich als eine entschieden contagiöse. CHIARI.

29) **Redactionelle Bemerkung. Die Folgekrankheiten der Influenza. (The sequilae of influenza.)** *N. Y. Med. Record, 12. März 1892.*

Nachdem wir jetzt 3 Winter hindurch die Grippe gehabt haben, sind wir in der Lage einige Sätze über die entfernteren Folgen, für die die Influenza verantwortlich gemacht werden kann, zu formuliren.

Aus der Tagesliteratur liesse sich nachweisen, dass kein Organ des Körpers von den möglichen Nachwirkungen eines Influenzaanfalles verschont bleiben muss, und wenn auch unzweifelhaft die Tendenz vorhanden ist, jedes ungewöhn-

liche Symptom, das sich an einem Patienten, der eine epidemische Krankheit durchgemacht hat, zeigt, auf den Einfluss dieser Krankheit zu beziehen, so sind doch noch genug sichere Folgekrankheiten der Influenza beobachtet worden, um ein interessantes und lehrreiches Bild zu geben. Althaus stellt die Materies morbi der Influenza mit der der Syphilis in Bezug auf ihre Wirkungen auf das Nervensystem nach Beendigung des eigentlichen Krankheitsanfalls in Vergleich. Auch Sansom fand, dass es hauptsächlich das Nervensystem ist, auf welches das Influenza-Virus wirkt. Mills erwähnt Neurasthenie, zum Theil abhängig von Herzschwäche — die Fälle haben deutlich den Charakter der Melancholie. Das Thema der Geisteskrankheiten nach Influenza ist ausführlich erörtert worden. Lelady schreibt der Influenza die Rolle der prädisponirenden oder der Gelegenheitsursache zu, nimmt aber für alle Fälle noch eine erworbene oder ererbte Prädisposition in Anspruch. Der Krankheitsausbruch ist oft ein plötzlicher; die Heilung hängt mehr von dem Allgemeinzustande ab, eine besondere therapeutische Indication ist nicht vorhanden.

Krannhals spricht von Otitis media; Jansen beobachtete 100 Fälle von Otitis in der Berliner Universitätsklinik. In $^1/_7$ der Fälle kam es nicht zur Perforation. 2 Mal wurde der Warzenfortsatz mit afficirt. Eine Gangrän des Fusses ist mitgetheilt von Johannsen, sie betrifft einen 52jährigen Mann; ferner eine schwere Phlegmasia alba dolens bei einem 15jährigen Mädchen, beides als Folge der Influenza.

Gottschalk fiel die Häufigkeit der Endometritis zusammen mit freien Blutungen auf und er denkt daran, dass das Influenza-Virus das Beckenbindegewebe direct schädigen könne. Dieses sind noch keineswegs alle Complicationen und Folgekrankheiten, die man glaubte auf die Influenza zurückführen zu können; doch sind sie geeignet uns daran zu erinnern, dass man beim Schwinden einer Epidemie häufig auf Krankheitsbilder stösst, die sich schwer verstehen lassen, ohne dass man die Sache zurück verfolgt bis in die Zeit des acuten Krankheitsanfalls.

LEFFERTS.

30) **D. Fuchs (Pest). Ueber Influenza im Kindesalter.** *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 1.*

In der jetzigen Epidemie erkranken viele Kinder, während vor zwei Jahren wenige betroffen wurden. Die Erscheinungen sind dieselben wie bei Erwachsenen: Plötzliches heftiges Fieber, Apathie, Katarrhe verschiedener Schleimhäute, kurze Dauer; doch bleibt lange nachher Mattigkeit zurück und oft Bronchitis. Pneumonien kommen seltener vor. Die Behandlung besteht in leichten Fiebermitteln und Berücksichtigung der Bronchitis.

CHIARI.

31) **J. M. Da Costa. Die herrschende Influenza-Epidemie. (The prevailing epidemic of influenza.)** *Phil. Med. News. 2. Januar 1892.*

Eine klinische Vorlesung, in der Verf. einige Fälle schildert als Beispiele für die verschiedenen Typen der Krankheit; es schliessen sich Bemerkungen an über die Eigenthümlichkeiten der Epidemie von Influenza oder katarrhalischem Fieber, die wir jetzt durchmachen, wobei manches interessante Detail erwähnt wird.

LEFFERTS.

32) **James E. Free. Die Influenza in den Eastern Montana U. S. (Influenza in Eastern Montana.)** *Phil. Med. News. 7. Mai 1892.*

Die Höhe dieses Theiles des Yellowstone Valley beträgt ungefähr 3000 Fuss über dem Meeresspiegel und wenn zwischen dem Krankheitsbilde, wie es hier gezeichnet wird, und ihrer Erscheinungsform in tieferen Regionen Unterschiede sich geltend machen, so sind natürlich die athmosphärischen Verhältnisse dafür verantwortlich.

Nach einer in der russischen physikal.-geographischen Gesellschaft gegebenen Beschreibung zu urtheilen, findet die Influenza in manchen Theilen dieses Landes ein Feld zur Ausbreitung, wie nur irgendwo in Europa.

Es scheinen verschiedene Varietäten vorzukommen, je nach dem Temperament des Kranken. Vorherrschend ist der nervöse Typus. Intensiver Kopfschmerz, Taubheit, neuralgische Schmerzen und katarrhalische Symptome sind recht häufig. Bei Kindern kommt, als Folgekrankheit oder als Begleiterscheinung, ein Pseudo-Keuchhusten vor. Beim Ausbruch der Krankheit werden öfters Convulsionen mit sich anschliessendem längeren Delirium oder Bewusstlosigkeit ererwähnt. Die membranöse Enteritis kommt bei Kindern wie Erwachsenen sehr viel häufiger vor als sonst. LEFFERTS.

33) **S. B. Overlock. Die Influenza im nördlichen Neu-England. (Influenza in northern New England.)** *N. Y. Med. Journ. 14. Mai 1892.*

Das klinische Bild der Krankheit war verschieden nach dem Alter und den physikalischen Verhältnissen des Pat., doch allen Fällen war genug gemeinsam, um eine Reihe von Symptomen zu liefern, die für die Krankheit in hohem Maasse charakteristisch sind. Bei Kindern unter 10 oder 12 Jahren war Erbrechen ein fast constantes Symptom. Constipation war in der weitaus grösseren Mehrzahl der Fälle vorhanden, in ein paar Fällen aber gerade umgekehrt — Diarrhoe. Bei Erwachsenen waren Pulsbeschleunigung, erhebliches Ansteigen der Temperatur, Cephalalgie und Schmerzen in den Beinen die constanten Symptome der ersten 24 Stunden. Nach Ablauf dieser Zeit waren Husten und acute Bronchitis die hervorragendsten Symptome. Bei älteren Leuten findet sich stets eine gewisse Mattigkeit und nervöse Depression, die sich manchmal zur Somnolenz steigert.

LEFFERTS.

34) **Ollivier** (Paris). **Zur Prophylaxis der Influenza.** *Allg. Wiener med. Zeitung. 1892. No. 8.*

O. räth ausser der Vorsicht, sich nicht feuchtkalter Witterung auszusetzen, und sich zur Zeit der Epidemie mehr zu schonen, besonders den Gebrauch des Leberthrans, welcher prophylactisch einwirkt. Leute, die regelmässig Leberthran einnahmen, wurden nur selten von Influenza ergriffen. CHIARI.

35) **Rabener** (Rumänien). **Ueber Wesen, Entstehungsursachen und Behandlung der Influenza nach den neuesten Studien, gestützt auf eine Beobachtungsreihe von nahezu 300 Kranken.** *Internat. klin. Rundschau. 1892. No. 2.*

Nach einer etwas unklaren Einleitung über feuchtwarme Winter als Prädisposition für die Influenza betont R. die Wahrscheinlichkeit des bacillären

Charakters der Krankheit und rühmt seine Creolinpillen gegen dieselbe. Die prophylactische Wirksamkeit erprobte R. an sich selbst, weist auf die Immunität der Arbeiter in Creolinfabriken hin und nennt schliesslich das Creolin das „bactericide Remedium kat'exochen“, worin ihm aber leider nicht beigestimmt werden kann. Schliesslich nennt er das Creolin ein specifisches Antidot gegen Influenza; er verwendet es in 1 ctgrm. Pillen mit Balsam. Tolut., ca. 20 Stücke pro die, bei Kindern in Suppositorien. CHIARI.

36) **John Crerar. Eine schnelle Heilung der Influenza. (A speedy cure for the influenza.)** *N. Y. Med. Record. 9. Januar 1892.*

C. beschreibt unter obigem Titel eine Behandlungsmethode, die nach seiner Angabe auf die Theorie von dem bakteritischen Ursprungs der Krankheit sich stützt. Ziel seiner Therapie ist es, die Gewebe und Säfte des Organismus in einen Zustand zu bringen, dass sie keinen geeigneten Nährboden für das Wachsthum des specifischen Mikroben abgeben oder wenigstens dem Gifte, das dieser bildet, antagonistisch entgegenstehen. Seine Idee ist nun, dass dies Ziel am ehesten erreicht wird, wenn man die Alkalescenz des Blutes steigert und zu diesem Zwecke giebt er Kalium bicarbonicum. LEFFERTS.

37) **J. H. Mettler. Bericht über die Behandlung der Influenza. (Note on the treatment of influenza.)** *N. Y. Med. Jöurn. 9. Januar 1892.*

Die Regeln, die M. aufstellt, sind im Ganzen recht treffend, doch können wir etwas besonderes Neues in seinen Medicationen nicht finden. M. äussert selbst, dass er vor 2 Jahren, als die Epidemie zuerst und in ihrer ganzen anfänglichen Strenge erschien, sich bemüht habe, auf Grund seiner ausgedehnten Erfahrung, ein bestimmtes festes Schema für die Behandlung aufzustellen, das in höherem oder geringerem Maasse für alle Fälle Anwendung finden könne. Er habe dies auch gethan und sei bis zu einem gewissen Grade von seinem Schema befriedigt gewesen. Im vergangenen Winter aber und so auch wieder in diesem habe er einige so ungewöhnliche Erscheinungsformen dieser Krankheit kennen gelernt, dass er jetzt die Thatsache anerkennen müsse: es lassen sich nicht zwei Fälle genau auf die gleiche Weise behandeln. LEFFERTS.

38) **S. Rush Ketcham. Phenacetin in der Behandlung der Influenza. (Phenacetin in the treatment of influenza.)** *Phil. Med. News. 9. Januar 1892.*

Verf. hat Phenacetin und salicylsaures Natron zusammen in einer grossen Anzahl von Influenzafällen mit dem besten Resultate gegeben. Die beiden Mittel wirken in ihrer Combination schnell und zuverlässig. K. verordnet Phenacetin und Natr. salicyl. ana 0,3 mit 0,15 Sacchar. lactis; die zwei ersten Pulver werden in 2stündlicher, die späteren in Pausen von 3 Stunden genommen. Wo es nöthig, wird dazu ein Abführmittel gegeben. LEFFERTS.

39) **F. Peyre Porcher. Die Behandlung der Grippe. (The treatment of grip.)** *N. Y. Med. Record. 20. Februar 1892.*

Der wesentlichste Punkt scheint folgender zu sein (obgleich der Leser, wenn er dem Verf. folgt, noch ausserdem eine ganze Auswahl von Mitteln zur Verfü-

gung hat): „Ein ordentliches Purgiren am Anfang mit Quecksilber lässt in den meisten Krankheiten, die mit Fieber anfangen und mit dessen gewöhnlichem Begleiter, der Verstopfung, selten im Stich und der Arzt, der dies unterlässt, wird es häufig zu bedauern haben. Besonders beim gelben Fieber, meine ich, ist dies gerade so der Fall, wie bei der Grippe, die zwar weniger gefährlich, aber ihrem Wesen nach doch eine ganz analoge Affection ist. Auch das Chinin wirkt in beiden Krankheiten günstig". LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

40) **A. C. Simonton. Die menschliche Nase nicht in der Mitte des Gesichts. Ihre Bedeutung bei der Anpassung von Augengläsern. (The human nose not in the centre of the face; its importance in the adjustment of spectacles.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 16. Januar 1892.*

Bei der Messung des Gesichts zur Anpassung einer Brille pflegen die Optiker vom Centrum der Pupille zum Centrum zu messen, ohne auf die Stellung der Nase zwischen beiden Augen Rücksicht zu nehmen.

Das Brillengestell muss den gegebenen Maassen entsprechen, indem genau dieselbe Entfernung vom Centrum des Nasensteges bis zum Centrum der Glasumfassung gegeben wird, wie sie thatsächlich auf beiden Seiten besteht. So aber kommen die Gläser in eine Stellung zum Auge, dass es oft einen gar nicht beabsichtigten und auch nicht erwünschten prismatischen Effect giebt. Es sollte deshalb auf die Stellung der Nase Acht gegeben werden, die in der grossen Mehrzahl der Fälle nicht in der Mitte des Gesichts steht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **Thomas Dwight. Die Fossa praenasalis. (Fossa praenasalis.)** *Internation. Journ. of the Med. Sciences. Februar 1892.*

Eine vergleichend-anatomische Studie, die im Original nachgelesen werden muss. P. M'BRIDE.

42) **H. Suchannek** (Zürich). **Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der Nasenschleimhaut.** *Anatom. Anzeiger. 1892. Heft 2.*

A. Ueber eosinophile geblähte Drüsenzellen beim Menschen. Sowohl in der Reg. respir. auch des Olfact. fand S. eosinophile grosse Zellen, die in ungefärbtem Zustande leicht gelblich aussehen und — was charakteristisch — in der oberen Hälfte oder central einen Kern zeigen, und zwar sowohl in normalen als auch in verschiedenen pathologischen Zuständen.

B. Pigmentirte Bowman'sche Drüsen. Das in zwei Fällen gefundene goldgelbe, körnige Pigment in einigen Tubulis sieht er als früh auftretende Alterserscheinung an.

C. Ueber zellige Einschlüsse in acinösen und tuberculösen Drüsen. Man sieht zuweilen die Wandbekleidung eines Acinus sich abstossen — Alveolus in Alveolo.

D. Ueber Metaplasien des Nasenschleimhautepithels. Die Metaplasie der Reg. respir. beginnt oft in den untersten Epithellagen; die untersten Zelllagen vermehren sich und verwandeln sich in spindelförmige Elemente oder in kubische und polygonale Gebilde. Durch den Druck derselben kommt es zur Rarefication des Fussendes der mehr an die Oberfläche gedrängten Flimmer- resp. Cylinderzellen, so dass eine auf dem Durchschnitt dreieckige kernhaltige Zelle übrig bleibt, mit der Spitze des Dreiecks nach unten. A. ROSENBERG.

43) **W. Posthumus Meyjes. Anatomische Veränderungen an den Conchae ethmoidales. (Anatomische Veranderingen van de Conchae ethmoidales.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 2. 1892.*

Anatomische Studie über die Entstehung der sogenannten IV. Nasenmuschel resp. eines IV. Nasenganges. Der Autor weist nach, dass die noch zu sehr vertretene Anschauung bezüglich der Formation der IV. Nasenmuschel morphologisch unrichtig sei, insofern dieselbe durch eine Spaltung der oberen Muschel zu Stande komme, welche letztere ebenfalls nur ein Anhängsel der mittleren Muschel darstelle. BAYER.

44) **E. Zuckerkandl. Die Siebbeinmuscheln des Menschen.** *Anatom. Anzeiger. 1892. No. 1.*

Die Muschelfläche des Siebbeins bei Embryonen zeigt eine untere, mittlere und obere Muschel und dementsprechend 2 partiell zu einander verlaufende Fissur. ethmoidal., die erstere ist die spätere mittlere Nasenmuschel, während die letztere, die definitive obere Muschel, meist über die rudimentär werdende mittlere Siebbeinmuschel deckelartig herüberwächst. —

Selten findet man vier Siebbeinmuscheln (— oberste Siebbeinmuschel). Bei Neugeborenen und älteren Kindern zeigt die untere Siebbeinmuschel zuweilen an der medialen Seite eine Rinne; die mittlere Siebbeinmuschel (ein typische Befund bei Kindern) ist häufiger von der oberen bedeckt als bei Embryonen (90 : 32 resp. 50 : 11); das obere zeigt ein Grübchen, das leicht mit der Fiss. ethmoid. sup. verwechselt werden kann und einen dreieckig begrenzten Eindruck am hinteren Muschelrande darstellt. Tritt eine nochmalige Theilung der oberen Siebbeinmuschel in eine superior und suprema ein, so beobachtet man nie eine Rückbildung oder Operculisation der oberen von Seiten der obersten. Bei Erwachsenen liegen die Verhältnisse wie bei Kindern. Es gehören also drei Siebbeinmuscheln zur Norm (80 pCt.). Bei Erwachsenen nehmen die Fälle mit zwei Siebbeinmuscheln zu, die mit drei ab; es dauert also der Rückbildungsprocess der Conch. med. noch selbst nach der Geburt an. A. ROSENBERG.

45) **O. P. Bennett. Anosmie. (Anosmia.)** *North American Practitioner. Januar 1892.*

Eine klinische Vorlesung. Nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **E. Schalck. Ein Fall von Anosmie. (A case of anosmia.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1892.*

In seiner schön geschriebenen und interessanten Arbeit berichtet der Verf.

über einen Fall von Anosmie, der den Mechanismus der diese Affection herbeiführenden Verletzung gut illustrirt. Der Pat. hatte einen schweren Fall gethan. Die Folge davon war totale Anosmie. Der Geschmacksinn war nicht herabgesetzt und es bestanden weder Anaesthesie noch Paraesthesien irgend welcher Art. Dieser Fall wirft ein klares Licht auf die Wirkung des Contrecoups. Es lagen alle Symptome einer Gehirnerschütterung vor, keine jedoch von einer Fractur des Schädels. Der eigentliche Punkt der Verletzung war die Protuberantia occipitalis; die Stelle aber, wo die deletären Wirkungen sich äusserten, lag gerade entgegengesetzt, nämlich in den Nn. olfactorii.

Interessant ist auch, wie diese Anosmie sich äusserte. Der Pat. klagte zuerst nicht etwa über den Verlust des Geruches, dessen er sich gar nicht bewusst war, sondern über den Verlust des Appetits; es schien ihm alles gleich zu schmecken und er hatte keine Freude mehr am Essen. Die Anosmie blieb unverändert viele Monate lang.

LEFFERTS.

47) **Luc. Zwei Fälle von Anosmie nach intranasalen Operationen; Heilung durch Behandlung der Nasenschleimhaut mit dem constanten und dem faradischen Strom. (Deux cas d'anosmie consecutifs à des opérations intranasales; guérison par l'électrisation continue et faradique de la muqueuse nasale)** *France medicale. 1892. p. 52.*

Es handelt sich in beiden Fällen um den Verlust des Geruchs in Folge von galvanokaustischen Aetzungen der hypertrophischen Schleimhaut der unteren Nasenmuschel.

Die Kranken wurden einer elektrischen Behandlung unterzogen: die eine Elektrode wurde in die Nasenhöhle, die andere auf die Nasenwurzel gesetzt; secundenweise schnelle Steigerung und Verminderung der Stromstärke, ohne dass 0,003 Milliampères überschritten wurden; beide Elektroden abwechselnd in Verbindung mit dem positiven und dem negativen Pol eines constanten Stroms; ferner Faradisation mittelst eines inducirten Stromes.

Die Dauer jeder Sitzung betrug 10 Minuten für jede Hälfte der Nase; 5 Minuten galvanischer und 5 Minuten faradischer Strom.

J. BARATOUX.

48) **Ghislani Durant. Der Verlust des Geruchs. (The loss of smell.)** *N. Y. Med. Journ. 4. Juni 1892.*

Zur Stütze der Theorie von der möglichen Beziehung zwischen Gicht und Anosmie dient folgender Fall:

Bei der Untersuchung des äusseren Geruchsapparats fanden sich keine Veränderungen; keine Störung in den nervösen Centren, keine chronische Coryza. Die Schleimhäute, die der Zunge wie die Riechschleimhaut waren im Besitze ihrer vollen tactilen Sensibilität. Alle andern Sinne waren normal.

Da die Pat. über Schmerzen in den Gelenken klagte und da sie auch übermässig schwitzte über die ganze Oberfläche des Körpers hin, besonders aber im Gesicht, trotzdem das Wetter ziemlich kühl war, so schien die Arthritis die einzig mögliche Ursache der Anosmie zu sein und es wurde beschlossen, darauf hin allein eine Zeit lang zu behandeln u. z. mit Ichthyol.

Unter der internen Darreichung von Ichthyol, 2 mal täglich in Wasser, und der gleichzeitigen sanften Einreibung aller schmerzhaften Gelenke mit Ichthyolsalbe — darüber kam Gaze und eine Binde —, wurden die Schmerzen in wenig Wochen sehr viel besser.

Es sind jetzt 4 Monate seit dem Beginne dieser Behandlung verstrichen. Der Pat. ist zur Zeit absolut frei von allen neuralgischen, rheumatischen oder gichtischen Beschwerden. Von grösserer Bedeutung jedoch ist der Umstand, dass die Sinne des Geruchs und Geschmacks, die verloren gewesen waren, allmälig zurückkehrten und dass sie heute so scharf sind, wie bei anderen Menschen.

LEFFERTS.

49) **Tissier. Die Einführung von Fremdkörpern in die Nase. (Des corps etrangers introduits dans le nez.)** *Annales de médecine. 1892. p. 133.*

Die Fremdkörper der Nase dringen in dieselbe ein durch die vordere Nasenöffnung oder die Choanen; Concretionen können aber auch in der Nasenhöhle selbst entstehen. In einigen Fällen sind Fremdkörper auch durch die verschiedenen Kanäle in die Nasenhöhle eingeführt worden. Dieselben entwickeln mechanische Störungen (Nasenbluten, Verstopfung der Nase) oder Reflexsymptome (Neuralgien, Kopfweh, Meningitis-artige Symptome, Niesen, Husten, Athemstörungen etc.). Ein einseitiger, übelriechender, eitriger oder eitrig-blutiger Ausfluss aus der Nase muss immer, besonders bei Kindern an die Möglichkeit eines Fremdkörpers in der Nase denken lassen. Ob ein solcher wirklich vorliegt, das kann natürlich allein die directe Untersuchung entscheiden. Um das Corpus delicti zu entfernen, anaesthesirt man die Schleimhaut, bei Kindern nimmt man auch zu einer Narkose seine Zuflucht; darauf wird eine Lufteinblasung gemacht oder auch mit der Zange, der Pincette oder der Curette die Extraction vorgenommen.

J. BARATOUX.

50) **W. W. Herberton. Ein Fremdkörper in der Nasenhöhle seit 40 Jahren. (Foreign body in the nasal cavity 40 years.)** *Pulte Quart. Cincinnati. 2—31.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) **J. G. Shallcross. Fremdkörper in der Nase. (Foreign bodies in the nose.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngol. April 1892.*

S. berichtet über mehrere Fälle, um zu zeigen, wie verschiedenartig die Gegenstände sind, die man in der Nase findet und wie die Symptome in weitem Maasse von der Natur, Grösse und Gestalt des Fremdkörpers abhängig sind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **H. N. Lyon. Nasensteine. (Rhinoliths.)** *Clinique. 15. Februar 1892.*

Einige Bemerkungen übet die Pathologie dieses Leidens.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

53) **Rohrer** (Zürich). **Ein neuer Fall von Rhinolithenbildung.** *Wiener klinische Wochenschr. 1892. No. 5.*

Der 0,71 g schwere Stein lag in der linken Nasenhöhle und veranlasste daselbst Usurirung der mittleren Muschel des Septums, Contractur des rechten

M. sternocleido-mastoideus, rechtsseitige Trigeminus-Neuralgie, Conjunctivitis dextra und andere Störungen als Schlaflosigkeit etc. Ob diese Erscheinungen als Folgen der Steinbildung anzusehen waren, ist zweifelhaft, da sie nur rechts auftraten, u. z. nach einer Erkrankung an Influenza und da der Kranke an Neurasthenie litt. Doch nennt sie R. Folgen der Steinbildung in sensiblen und motorischen Bahnen. Die Extraction gelang leicht. CHIARI.

54) **Ziem (Danzig). Das Touchiren des Nasenrachenraums. (Du toucher de la cavité naso-pharyngienne.)** *Archiv. Intern. de Laryngol. etc. Nov.-Dec. 1891.*

Der Verf. behauptet im Gegensatz zu Avellis, dass für die Mehrzahl der Affectionen des Nasenrachenraums des Touchiren in erster Linie angewendet zu werden verdient; es giebt in der Mehrzahl der Fälle bessere Hinweise als der Gebrauch des Spiegels. Die Sondirung ist nicht zu unbequem, es hängt dies ganz von der Art ihrer Ausführung ab. Der Widerstand des Gaumensegels braucht niemals mit Zwang überwunden zu werden, sondern man wartet, bis es zurücksinkt oder im Nothfalle lässt man den Kranken schlucken und bei der Bewegung des Schluckens gleitet man schnell nach hinten. E. J. MOURE.

55) **V. Lange (Kopenhagen). Ueber eine häufig vorkommende Ursache der langsamen und unvollkommenen geistigen Entwicklung bei Kindern. (Om en hyppig forekommende Aarsag til Börns langsomme og mangelfulde aandelige Udvikling.)** Kopenhagen. 1892. 83 pp.

Ein populärer Vortrag über adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes. SCHMIEGELOW.

56) **Deschamps. Bemerkungen über einige besondere Punkte aus der Diagnostik und der Therapie der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums. (Notes sur quelques points speciaux relatifs au diagnostic et au traitement des vegetations adenoides du pharynx nasal.)** *La Dauphiné med. 1891. XV. 129—134.*

Verf. giebt eine gedrängte Uebersicht über die Symptome, die Kinder mit adenoiden Vegetationen zeigen, er weist auf die Störungen von Seiten des Gehörorgans hin und nimmt gegen die Anschauung Stellung, als hätten die Erwachsenen niemals Vegetationen. Mit dem Spiegel und durch ein zweckmässiges Palpiren kommt man zur Diagnose. Verf. beschreibt zuletzt die Operationsmethoden, die hier zur Verwendung kommen; er selbst bevorzugt die Abtragung mit der Ruault'schen Zange. E. J. MOURE.

57) **Hellmann (Würzburg). Adenoide Vegetationen, ihre Diagnose und Behandlung in der Landpraxis.** *Zeitschr. f. ärztl. Landpraxis. 1890. 3. 4.*

H. hatte als Assistenzarzt an der medicinischen Poliklinik in Würzburg genügend Gelegenheit, sich mit dieser hier durchaus seltenen Erkrankung des Nasenrachenraumes zu beschäftigen. Wenn auch seine Mittheilung nichts Neues bringt, so bespricht sie doch in Kürze alles für den Practiker Wissenswerthe. H. operirt ausschliesslich mit der Jurasz'schen Zange. SEIFERT.

58) **James B. Ball** (London). **Bemerkungen über Fälle von adenoiden Vegetationen. (Remarks on cases of adenoid vegetations.)** *Practitioner. Jan. 1892.*

Der in der Brixton Medical Society gehaltene Vortrag giebt ein Resumé über den Stand dieser Frage und gleichzeitig einen Bericht über eine Anzahl eigener Fälle. MACKENZIE-JOHNSTON.

59) **Delie. Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums; sarcomatöses Recidiv; plötzlicher Tod. (Végétations adenoides du pharynx nasal; récidives sarcomateuses; mort subite.)** *Revue de laryng. etc. 1891. XI. 545—548.*

Verf. zieht aus seinem Fall folgende Schlüsse:

1. Adenoide Vegetationen können recidiviren.
2. Diese Recidive sind sorgfältig zu prüfen mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Transformation der Neubildung und zwar ganz besonders dann, wenn die Recidive sehr schnell sich ausbilden.
3. Bei den ausgesprochensten und weit entwickelten Sarcomen finden sich nicht immer Blutungen.
4. Die mikroskopische Untersuchung vermag die directe Untersuchung nicht immer zu ersetzen. E. J. MOURE.

60) **A. B. Thrasher. Hypertrophie des adenoiden Gewebes im Rachengewölbe. (Hypertrophy of adenoid tissue at the vault of the pharynx.)** *Lancet-Clinic. 27. Februar 1892.*

T. arbeitet mit der Loewenberg'schen oder der Woakes'schen Zange. Für die meisten Fälle empfiehlt er die Anwendung von Chloroform.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

61) **H. Hoyle Butts. Die Entfernung adenoider Geschwülste aus dem Rachengewölbe. (The removal of adenoid growths from the vault of the pharynx.)** *Phil. Med. News. 2. April 1892.*

Die Ansichten der Rhinologen über die beste Methode zur Entfernung adenoider Geschwülste aus dem Nasenrachenraum gehen nach B.'s Meinung sehr weit auseinander. B. will deshalb in seiner Arbeit die Vorzüge eines besonderen Instrumentes allen anderen gegenüber ins rechte Licht setzen und die Aufmerksamkeit derer, die mit der Anwendung dieses Instrumentes noch nicht vertraut sind, darauf hinlenken, indem er die einzelnen Phasen der nothwendigen Operation beschreibt.

Das Instrument ist von Dr. Gradle (Chicago) erfunden und vor etwa 2 Jahren angegeben worden; es trägt den Namen der Gradle'schen Zange.

Andere Instrumente erscheinen dieser Zange gegenüber ungeschickt und schlecht, wenn man in Rechnung zieht, wie häufig man sie einführen muss und wie geringe Mengen des Gewebes man jedesmal entfernt. Beim Aussprechen eines so absprechenden Urtheils ist sich B. bewusst, dass er sich in Gegensatz zu einer grossen Zahl von Autoren setzt, die die Gottstein'sche Curette für ihre Zwecke ausreichend fanden. Unfraglich ist ja auch die Gottstein'sche Zange ein sehr werthvolles Instrument, und es steht der Gradle'schen Zange, was die Zweckmässigkeit anlangt, näher als irgend ein anderes Instrument. Allein die

letztere hat ein paar Vorzüge aufzuweisen, die ihr auch vor der Gottstein'schen Curette den Vorzug sichern; sie nimmt nämlich, wenn sie geschlossen eingeführt wird, weit weniger Raum ein und lässt sich leichter auf einen bestimmten Theil der Höhle dirigiren, sie dringt tiefer in die Basis der Wucherungen ein und hält, was B. als das Wichtigste erscheint, das exstirpirte Stück zwischen den beiden Blättern fest, bis sie herausgezogen wird. Das ist bei der Gottstein'schen Curette nicht der Fall, gewöhnlich wird da das abgerissene Gewebsstück fallen gelassen und verschluckt. Die Blutung ist zwar in allen diesen Fällen unerheblich, wenn wir es nicht gerade mit einem Bluter zu thun haben, indess ist sie immerhin doch nach der Anwendung der Gottstein'schen Curette stärker. B. schliesst mit der Frage: „Was lässt ein Instrument zu wünschen übrig, das ein so grosses Stück der Geschwulst mit einem Male, sicher und schnell entfernt?"

LEFFERTS.

62) **John Dunn. Ueber das adenoide Gewebe im Rachen- und Nasenrachenraum. (Concerning the adenoid tissue of the pharynx and nasopharynx.)** *N. Y. Med. Journ. 9. April 1892.*

Ein inhaltreicher und interessanter Artikel, ausgehend von einem klinisch beobachteten Falle, der auf das allerdeutlichste zeigt, wie das gesammte lymphatische System der oberen Theile des Halses von einem entzündlichen Process mit betroffen sein kann, der in einem Theile des Systems seinen Sitz hat, in dem eine Hypertrophie Platz gegriffen hat. Hätten wir es mit einfachen Halsschmerzen und mit einer acut entzündeten Tonsille zu thun, der Fall hätte nichts besonders Bemerkenswerthes an sich. Aber wir haben ganz etwas anderes — eine vergrösserte Tonsille (beide waren hypertrophisch gewesen, eine aber war exstirpirt), die seit etwa 7 Jahren so hypertrophisch war und dabei eine augenscheinlich acut entzündete Schleimhaut des ganzen Halses und ein monatelang anhaltender heftiger Schmerzzustand. Die Entfernung der Tonsille beseitigt zumeist auch den entzündlichen Zustand der Schleimhaut und gleichzeitig die Schmerzen, während alle anderen Mittel dieses Ziel nicht erreichen. Danach muss man annehmen, dass in der Tonsille die Ursache des Entzündungszustandes liegt und ebenso die der Schmerzen. Der Process, der sich in der Tonsille abspielt, ist die Entwicklung von Bindegewebe auf Kosten des Lymphgewebes — ein entzündlicher Process. Und dieser Process greift über auf die gesammten lymphatischen Theile des oberen Halsgebietes. LEFFERTS.

63) **W. Porter. Adenoide Vegetationen im Rachengewölbe. (Adenoid vegetations at the vault of the pharynx.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. April 1892.*

Nichts Neues. P. zieht die postnasale Zange als Instrument für die Beseitigung der Geschwulst vor. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **J. A. Thompson. Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Adenoid vegetations in the naso-pharynx.)** *Lancet-Clinic 22. April 1892.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

65) **L. A. Dessar. Eine einfache Methode zur Entfernung adenoider Tumoren bei Kindern mit Beschreibung einer neuen Curette. (A simple method of removing adenoid vegetations in children with a description of a new curette.)** *Archives of Pediatrics. Mai 1892.*

D. ist der Ansicht, dass man die Vegetationen am besten durch eine Reihe von Operationen ohne Anästhesie entfernt. Er benutzt die Zange und danach eine seitlich schneidende Curette, um die seitliche Rachenwand und die Rosenmüller'schen Gruben auszuschaben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **Dessar. Adenoide Vegetationen. (Adenoid vegetations.)** *N. Y. Med. Record. 4. Juni 1892.*

Ein Auszug aus einer längeren Arbeit in den Archives of Pediatrics im Mai 1892, über die oben referirt ist. LEFFERTS.

67) **L. Rousseaux** (Brüssel). **Elektrische Curetten für die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Curettes électriques par les végétations adénoides du pharynx nasal.)** *Revue de Laryngologie etc. Paris. 1891. XI. 335—339.*

Um den beiden Hauptgefahren bei der Abtragung der adenoiden Tumoren, der Blutung und den infectiösen und entzündlichen Erscheinungen, zu begegnen, sucht Verf. diese Neubildungen mittelst eines rothglühenden Platindrahtes abzutragen, der nichts anderes ist als ein richtiger Galvanokauter. Der Verf. hat zwei electrische Curetten construiren lassen, die eine für die Schädelbasis, die andere für die seitlichen Partien. Der Verf. schliesst seinen Aufsatz mit der Beschreibung seiner Operationsmethode. E. J. MOURE.

68) **Frank E. Miller. Gottstein's neue verbesserte Curette zur Entfernung adenoider Vegetationen aus dem Rachengewölbe (Gottstein's new improved curette for the removal of adenoid vegetation from the vault of the pharynx.)** *N. Y. Med. Record. 20. Februar 1892.*

Eine Abbildung und Schilderung des Instrumentes, zugleich eine enthusiastische Anpreisung seiner practischen Vorzüge. LEFFERTS.

69) **Jordan Lloyd** (Birmingham). **Nasenrachenraumpolyp. (Naso-pharyngeal polypus.)** *Brit. Med. Journ. 20. Februar 1892.*

L. demonstrirte das Präparat in der Birmingham Abtheilung der B. M. A. Der Tumor stammte von einem 17jährigen Knaben und erwies sich als ein Fibro-Myxom. Bei der Operation war die Oberlippe durchschnitten worden, um mehr Raum für die Operation zu gewinnen. MACKENZIE-JOHNSTON.

70) **J. W. Murphy Präparate von einem ungewöhnlich grossen postnasalen Polyp nebst Krankengeschichte des Falles. (Specimen of an unusually large post-nasal polypus with report of case.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 9. April 1892.*

Die Geschwulst griff auf die Zungenbasis über und füllte fast den ganzen Rachenraum aus. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

71) **Chas. Mc Burney. Osteoplastische Resection des Oberkiefers wegen Nasenrachenraumpolyp. (Osteoplastic resection of the upper jaw for nasopharyngeal polypus.)** *N. Y. Med. Journ. 21. Mai 1892.*

T. E. W., 25 Jahre alt, hatte vor 8 Monaten die ersten Krankheitssymptome bemerkt und zwar klagte er damals über Steifigkeit im Unterkiefergelenk und Schmerzen in der rechten Seite des Kopfes. Später trat eine schwere Neuralgie ein, dann kam es zur Verstopfung der Nase und Schwierigkeit beim Schlucken. Mehrmals trat heftiges Nasenbluten ein. Es fand sich eine Verschliessung der rechten Nasenseite und eine leichte Hervorwölbung der rechten Regio infraorbitalis. Mit dem Finger konnte man hinter dem weichen Gaumen einen grossen glatten Tumor hoch im Pharynx fühlen. Derselbe war auch durch den Nasenspiegel sichtbar. In der Annahme, dass die Geschwulst vom Nasenrachenraum ausginge und der Oberkiefer nicht betheiligt sei und in Würdigung des Umstandes, dass zu einer erfolgreichen Exstirpation sehr viel Raum geschaffen werden müsste, entschloss sich Verf. zu einer osteoplastischen Resection des Oberkiefers.

Die rechte Hälfte des Oberkiefers wurde leicht nach aussen umgebogen, wodurch der von dem grossen Tumor ausgefüllte Nasenrachenraum freigelegt wurde. Der Tumor wurde ohne Mühe mit der Scheere abgetragen; er sass an der Spitze der oberen Rachenwölbung fest. Die Blutung war ziemlich stark, liess sich aber leicht durch Compression stillen und da der Pharynx vorher an seinem oberen Ende mit Schwämmen austamponirt worden war, so drang kein Blut in die Trachea.

Die Ansatzstelle der Geschwulst wurde cauterisirt und der Kiefer dann an seine Stelle zurückgedreht und an mehreren Stellen durch Nähte befestigt. Es kam durchweg zu einer primären Vereinigung, doch am 5. Tage trat eine schwere secundäre Blutung ein, zu deren schneller Stillung der Kiefer wieder theilweise gelöst und der obere Rachenraum mit Gaze tamponirt werden musste. Danach jedoch trat rasch vollständige Heilung ein. LEFFERTS.

72) **F. Roncalli. Zwei Fälle von Fibrom des Nasenrachenraums. (Sopra due casi di fibroma naso-faringeo.)** *Bollettino della soc. med. prov. de Bergame. 3. 5. 1891.*

Nichts Bemerkenswerthes. CARDONE.

73) **D. H. Goodwillée. Fibroide des Nasenrachenraums und ihre Behandlung mittelst Elektrokaustik. (Fibroids of the naso-pharynx and their treatment by means of the electro-cautery.)** *N. Y. Med. Record. 6. Februar 1892.*

In einer Sitzung der Medical Society State New York vom 4. Februar 1892 beschrieb G. ein paar solcher seltener Fälle von fibroiden Tumoren des Nasenrachenraums, die er in Behandlung gehabt hat; er demonstrirte dabei gleichzeitig mehrere Instrumente für die electrocaustische Behandlung, die nach seinen eigenen Angaben angefertigt sind. LEFFERTS.

74) **J. Bark** (Liverpool). **Fibromyxom des Nasenrachenraums. (Naso-pharyngeal fibro-myxoma.)** *Liverpool Medico-Chir.-Journal. Juli 1891.*

Schilderung eines Falles; die Operation wurde mit der Löwenberg'schen Zange ausgeführt. — Nichts Neues. P. M'BRIDE.

75) **J. F. Binnie. Fibromyxom des Nasenrachenraums. (Fibro-myxoma of the naso-pharynx.)** *Phil. Med. News. 7. November 1891.*

Bei der Untersuchung constatirte B. einen grossen Tumor, der den Rachen einnahm und den weichen Gaumen nach vorn und oben drängte. Derselbe war glatt von blassrother Farbe und fühlte sich ziemlich hart an.

Nachdem etwas Chloroform gegeben war, wurde ein Bellocq'sches Röhrchen durch die Nase eingeführt und mit Hülfe dieses eine Drahtschlinge in den Rachen gebracht. Die freien Enden des Drahtes hingen vorn aus dem rechten Nasenloch heraus. Die Schlinge wurde nun mit Hülfe des Fingers über den Tumor geschoben, bis sie den Stiel desselben umfasste und dann wurde der Draht in einen Ecraseur (Jarvis) eingezogen. Auf diese Weise wurde der Stiel ganz langsam durchschnitten und die Geschwulst dann durch den Mund entfernt. Während der Operation war die Athmung so behindert, dass die Intubation mit einem weiten Gummikatheter ausgeführt wurde, wodurch alle Schwierigkeiten beseitigt wurden.

Die Geschwulst hatte die Form eines Ei's und mass $2\frac{1}{2} : 1\frac{3}{4} : 1\frac{1}{4}$ Zoll.

Der Stiel hatte eine Dicke von $\frac{3}{4}$ Zoll. Die Schnittfläche der Geschwulst war glatt und zähe. Der Tumor war ausgegangen von der Stelle, wo die Nasenschleimhaut in die des Nasenrachenraums übergeht.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibromyxom handelte.

Ein Jahr später fand sich bei der Untersuchung die rechte Nasenseite total verstopft und ganz hinten sah man in der Nase eine graue Masse, die während des Schluckaktes deutlicher hervortrat. Vom Munde aus liess sich bei der einfachen Betrachtung ohne Instrumente nichts sehen.

Ein Versuch, diesen Tumor mittelst einer Jarvis'schen Schlinge zu entfernen, schlug fehl; Verf. chloroformirte deshalb den Pat. und brachte seinen Kopf über das Ende des Tisches. Er ging mit dem Finger in den Nasenrachenraum ein und fühlte ihn fast ganz erfüllt von einer festen, wenig beweglichen Masse, deren Ursprung ihm nicht deutlich wurde. Mittelst eines Volkmann'schen scharfen Löffels, den er durch den Mund einführte, entfernte B. unter Leitung des linken Zeigefingers die Geschwulstmassen mit erheblichen Schwierigkeiten.

Im Ganzen glich die Geschwulst einer Art Beutel; die Schleimhaut bildete einen Sack, der 3 Tumoren umschloss, jeder von der Grösse etwa einer Marmelkugel, die Oeffnung des Sackes bildete die Stelle seiner Anheftung an den Nasopharynx. Die Gestalt der Geschwulst war eine sehr unregelmässige; ihre Grösse betrug in den längsten Durchmessern $2\frac{1}{4} : 1\frac{1}{4} : \frac{3}{4}$ Zoll. LEFFERTS.

76) . . . . **Ein tödtlicher Fall von Sarcom des Nasenrachenraums mit Sectionsbefund. (Sarcoma of the naso-pharynx — a fatal case with necropsy.)** *Report of the Super. Surg. Gen. Marine-Hospital. Washington. XIX. p. 151.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERS.)

77) **P. Mc Bride** (Edinburgh) **Ein Fall von Epitheliom im Nasenrachenraum. (Case of epithelioma confined to the nasopharynx.)** *Brit. Medical Journal. 19. December 1891.*

Die Pat., eine Frau von 56 Jahren, gab an, stets gesund gewesen zu sein; auch die Familienanamnese ergab nichts Belastendes, nur war ein Bruder unter den Erscheinungen des Ileus und eine Schwester an einem Tumor in Abdomen gestorben.

Vor etwa 1 Jahr hatte die Kranke über Schmerzen im linken Ohr und über eine Abnahme des Geruchsvermögens in der linken Nasenseite geklagt; der Zustand verschlimmerte sich bis zur Taubheit und zur nasalen Verstopfung auf der linken Seite. Es kamen noch Schluckbeschwerden hinzu, und die Pat. magerte allmählich ab. Bei der Untersuchung der hinteren Nase sah man eine warzige Geschwulst links oben an der Wölbung des Rachens und zum Theil noch an der hinteren Rachenwand. Es bestand Schwellung einiger Lymphdrüsen.

Es wurde ein Stückchen von dem Tumor entfernt und mikroskopisch untersucht, wobei sich ergab, dass es sich um ein Epitheliom handelte. Man entschloss sich, von einem operativen Eingriff Abstand zu nehmen, da ein gutes Resultat von einem solchen nicht zu erwarten sei. MACKENZIE-JOHNSTON.

c. Mundrachenhöhle.

78) **Dubreuil. Neuralgie des Lingualis; Resection; Heilung. (Neuralgie du lingual; résection; guerison.)** *Sémaine méd. 1892. p. 14.*

Es handelt sich um einen Fall von Neuralgie der unteren Zahnreihe, der durch die Zerstörung eines Abschnittes des Nerven mit dem Galvanokauter geheilt wurde.

Um zum Lingualis zu gelangen, hat man drei Methoden: durch den Mund (intra-buccale Methode); mittelst einer Excision am Rande des Unterkiefers (submaxilläre Methode); drittens durch eine Trepanationsöffnung im Kieferaste. Der Verf. hat für seinen Fall den letztgenannten Weg gewählt.

J. BARATOUX.

79) **A. L. Sherman. Fractur des Zungenbeins. (Fracture of the hyoid bone.)** *Times and Register. 19. März 1892.*

S. erzählt die Krankengeschichte eines Falles; die Fractur erfolgte durch einen heftigen Stoss. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

80) **D. W. Montgomery. Die schwarze Haarzunge. (The black hairy tongue.)** *Pacific Med. Journ. Januar 1892.*

Die Krankheit ist keine parasitäre Affection, sondern eine Hypertrophie des Epithels der Papillae filiformes und in manchen Beziehungen der Ichthyosis analog. M. berichtet den Fall eines 51jährigen Mannes, bei dem die Krankheit vor $1\,^1/_2$ Jahren eingesetzt hatte, und zwar gleichzeitig mit einer Tuberculose des Larynx. Die Behandlung bestand im Auskratzen der schwarzen Massen mit dem

scharfen Löffel und dem Aetzen der Papillen mit Silbernitrat. Die locale Affection besserte sich, der Pat. aber starb kurze Zeit darauf an seiner Tuberculose.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) **Hugenschmidt. Ulceration an der Zunge von epitheliomatösem Aussehen nach Benutzung einer Oberkieferprothese. (Ulcération linguale d'apparence epithéliomateuse due à un appareil prothétique du maxillaire supérieur.)** *Journ. d. connaiss. med. 28. Mai 1892.*

Es handelt sich um eine 60jährige Dame mit einer Ulceration auf dem Zungenrücken, die als Epitheliom diagnosticirt worden war. Die Zunge war gross, dunkel blauroth; etwa in der Mitte des mittleren Drittels derselben bestand links und auf der dorsalen Fläche eine querverlaufende Ulceration, die vom linken Rande nach der Mittellinie hin sich erstreckte, senkrecht zu dieser gestellt. Dieses Geschwür hatte eine Länge von etwa $2\,{}^1/_2$ cm und bildete einen Substanzverlust in dem Gewebe der Zunge von mehr als 1 cm Tiefe; der hintere Rand des Defectes schob sich zungenartig über die Wunde vor.

Hob man diesen Zungenfortsatz in die Höhe, so lag eine weite kraterförmige Ulceration von ungefähr $1\,{}^1/_2$ cm Weite zu Tage, deren Grund von Granulationswarzen bedeckt war, ein eitriges Sekret absonderte und sehr leicht blutete. Die Umgebung dieses Geschwürs war indurirt, die submaxillaren Drüsen der erkrankten Seite waren geschwollen.

Der Oberkiefer war zahnlos, die Zähne waren ersetzt durch ein vollständiges Gebiss, das durch Ansaugen festhielt. Dasselbe schien gut zu halten und bot keinerlei Unregelmässigkeit dar, die etwa eine Läsion der Weichtheile hätte verursachen können.

Als der Verf. an die Kranke eine diesbezügliche Frage stellte, sah er sie als Antwort eine sonderbare Schluckbewegung machen; H. hiess sie sogleich nicht weiter zu schlucken und fand, als er die Lippen auseinandernahm, den hinteren Rand der Zahnplatte des Oberkiefers in der Wunde steckend, zwischen der hinteren Zunge der Ulceration und ihrem vorderen Rande. Bei geöffnetem Munde schien der Apparat zwar gut zu halten, aber infolge der Bewegungen des Gaumensegels, die das Schlucken und die Articulation begleiten, löste sich die Platte und durch eine Bewegung, die sie jetzt nur noch instinctiv verrichtete, brachte die Kranke mit Hülfe des Zungenrückens den Apparat wieder an seinen Platz zurück. Und dieses war die einzige Ursache der Ulceration, die vor 6 Monaten an einer sensiblen Stelle entstanden war und die man zuerst eine Zeitlang mit Höllenstein geätzt, dann aber schliesslich sich selbst überlassen hatte, bis die immer grösser werdende Ausdehnung des Geschwürs die Pat. zwang, einen Chirurgen zu consultiren.

Die Zahnplatte wurde eine Zeitlang fortgelassen, die Ulceration mit Jodtinctur gepinselt und Ausspülungen der Mundhöhle mit einer Carbollösung empfohlen. Nach 14 Tagen war die Kranke geheilt.

J. BARATOUX.

82) **A. Rosenberg. Die Geschwülste des Zungengrundes.** *Deutsche med. Woch. 1892. No. 13 u. 14.*

Auf sehr ausgedehnten literarischen Studien und eigenen Beobachtungen

aufgebaute zusammenfassende Schilderung der wichtigen Neubildungen des Zungengrundes, welche knapp in der Form zum Referat sich nicht eignet, aber von allen, die sich mit diesen Krankheiten beschäftigen, studirt werden sollte.

LANDGRAF.

83) C. E. Teets. **Die Folgen und die Behandlung der Hypertrophie der Zungentonsille und ein Fall von Amputation der Epiglottis. (Effects and treatment of the lingual tonsil and a case of amputation of the epiglottis.)** *North Am. Journ. of homoeopathy. Mai 1892.*

T. empfiehlt den Gebrauch des Galvanokauters zur Entfernung des überschüssigen Gewebes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

84) W. J. Chappell. **Ein Instrument zur Entfernung des hypertrophischen Gewebes von der Zungenbasis. (An instrument for the removal of hypertrophied tissue from the base of the tongue.)** *N. Y. Med. Journ. 6. Februar 1892.*

Genau genommen — eine Störk'sche Guillotine. LEFFERTS.

85) W. J. Clegg (Liverpool). **Tracheotomie bei einem 4 Tage alten Kinde. (Tracheotomy in an infant for days old.)** *Brit. Med. Journ. 9. Januar 1892.*

Die Tracheotomie wurde wegen der Schwierigkeit des Athmens vorgenommen, die durch einen unter der Zunge befindlichen naevoiden Tumor bedingt war. Das Hauptinteresse des Falles liegt in dem Alter des Pat.

MACKENZIE-JOHNSTON.

86) Caye. **Dermoid- und Mucoidcysten mitten in der Zunge und am Mundboden. (Des kystes dermoides et mucoides medians de la langue et du plancher de la bouche.)** *Thèse de Paris. 1892.*

Die Dermoidcysten trifft man ziemlich häufig in der Gegend der Zunge und des Mundbodens; die mucoiden Cysten sind sehr viel seltener und bisher nur in der Zunge beobachtet worden. Der Bau dieser Tumoren ist von dem der Dermoid- und Mucoidcysten anderer Körpergegenden nicht verschieden. Die Cysten scheinen Mikroorganismen nicht zu enthalten. Sie sind congenital, obgleich man sie bisweilen in ziemlich vorgerücktem Alter antrifft. Sie können eine Hervorwölbung im Munde bilden oder in der Regio subhyoidea oder an beiden Stellen zugleich. Ihre Hauptcharacteristica sind: sie liegen median; bisweilen sind sie von weisslicher oder gelblicher Farbe; sie sind rundlich, von weicher Consistenz, oft fluctuirend, indolent. Die Mündungen der Wharton'schen Gänge sind durchgängig. Die Functionsstörungen, die diese Tumoren begleiten, sind gewöhnlich wenig ausgesprochen. Die Entwicklung dieser Cysten ist eine langsame, allein sie können von selbst nicht heilen. Die Behandlung besteht in der Exstirpation, man wählt mit Vorliebe den Weg von der Regio subhyoidea aus und operirt vom Munde aus nur sehr kleine Cysten, ausser wenn die Cyste in der Zunge sitzt oder es sich um ein junges Mädchen handelt. J. BARATOUX.

87) W. Meyer. **Excision der rechten Mandel, des Rachens und der Zunge wegen Sarcom. (Excision of the right tonsil, the pharynx and the tongue for sarcoma.)** *N. Y. Med. Journ. 30. Januar 1892.*

Der Pat., ein Mann von 34 Jahren, war nach Mikulicz' Methode wegen

einer malignen Erkrankung der rechten Tonsille, der Zunge und des Rachens operirt worden. Der Kranke hatte an grausamen Schmerzen gelitten und obgleich M. die Operation als sehr lebensgefährlich bezeichnete, hatte der Pat. gebeten, dieselbe zu versuchen. Es wurde zuerst die Tracheotomie gemacht und die Trendelenburg'sche Tamponcanüle eingeführt, dann wurde ein bogenförmiger Schnitt geführt vom Proc. mastoideus zum Kinn, der Hautlappen abpräparirt und die Drüsen, die spärlich und weich waren, exstirpirt. Nun wurde die rechte Carotis externa unterbunden, ebenso der aufsteigende Ast der Maxillaris inferior. Es stellte sich als nothwendig heraus, die Tonsille zu entfernen mit der rechten Seite des Rachens, die Epiglottis und die ganze Zunge. Der Pat. wurde durch die Tamponcanüle narcotisirt, und diese blieb mit dem aufgeblasenen Ballon 48 Stunden liegen, dann wurde sie mit einer gewöhnlichen Canüle vertauscht. Eine weiche Gummisonde wurde durch die Wunde in den Oesophagus eingeführt und der Pat. auf diesem Wege ernährt. Die Sonde wurde am 10. Tage aus der Wunde entfernt und der Pat. lernte bald, die Magensonde selbst zu schlucken. Zur Zeit ist der Pat. in guter Verfassung, nur klagt er über eine gewisse Kurzathmigkeit. Er kann gut essen und schlucken, und articulirt deutlich genug, um sich verständlich zu machen. LEFFERTS.

88) **T. Barling** (Birmingham). **Epitheliom (?) der Zunge (Epithelioma of the tongue.)** *Brit. Med. Journ. 20. Februar 1892.*

Demonstration der mikroskopischen Präparate in der Birmingham Branch der B. M. A. — Es handelt sich um ein Ulcus der Zunge, das B. für ein Epitheliom hält. MACKENZIE-JOHNSTON.

89) **Giraud. Partielle Resection der Carotis communis in einem Falle von Recidiv in den Drüsen nach Exstirpation eines Extirpation eines Epithelioms an der Zungenspitze. Heilung. (Résection partielle de la carotide primitive dans un cas de recidive ganglionnaire d'un epithelioma de la pointe de la langue; guérison.)** *Soc. anat. clinique de Lille Echo Medical. 1892. p. 293.*

Der nach der Sédillot'schen Methode (Exstirpation nach vorheriger Durchtrennung des Unterkiefers in der Mittellinie) operirte Patient war am 1. November 1890 als geheilt entlassen worden. Er wurde am 8. December 1891 wieder aufgenommen mit einem Tumor an der rechten Seite des Halses. Eine zweite Geschwulst lag unter der Haut hinter dem Kieferwinkel. Beide Drüsengeschwülste wurden entfernt und dabei gleichzeitig die Carotis in einer Ausdehnung von 2 cm resecirt. J. BARATOUX.

90) **Walsham. Ligatur der Art. lingualis wegen Blutung bei Epitheliom der Zunge. (Ligature of the lingual artery for hemorrhage from epithelioma of the tongue.)** *Lancet. 27. Februar 1892.*

Die Natur des Falles geht aus der Ueberschrift zur Genüge hervor. Das eingeschlagene Verfahren brachte die Blutung schnell zum Stehen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

91) **Frank Hartley. Zungenkrebs. (Cancer of the tongue.)** *N. Y. Med. Journ. 30. Januar 1892.*

Der Pat. war 28 Jahre alt. Es wurde die Tracheotomie gemacht und dann die Aethernarcose durch die Canüle fortgesetzt. Darauf wurde ein Bogenschnitt geführt, 5 Zoll vom rechten Mundwinkel nach unten und hinten bis in den hinteren Theil des Trigonum submaxillare hinein. Nach Stillung der Blutung wurde der Unterkiefer an der Stelle des zweiten Molarzahnes, welcher extrahirt wurde, gespalten. Die Zunge wurde parallel der Raphe, in der Mitte zwischen dieser und dem linken Rande durchschnitten. Beide Art. linguales wurden an der Stelle ihres Eintritts in die Zunge aus dem M. hypoglossus unterbunden. Der Boden des Mundes auf der rechten Seite und drei Viertel der Zunge wurden exstirpirt, ebenso weit das Zungenbein. Ferner wurde der rechte vordere Gaumenbogen und die rechte Tonsille entfernt, da die Induration auch diese bereits ergriffen zu haben schien. Eine vergrösserte Drüse an der rechten Rachenwand und an der Innenseite des Kieferastes wurden ebenfalls fortgenommen. Der kleine Theil der Zunge, der zurückblieb, wurde mit dem Mundboden vernäht. Es wurde ein Drainrohr in den unteren Wundwinkel eingelegt, gerade unter die Theilungsstelle des Unterkiefers. Dieser selbst wurde durch Catgutnähte, die durch den Knochen gelegt wurden, an seiner Stelle erhalten. Die Hautwunde wurde mit Seide vernäht und der Mund und der Rachen mit Jodoformgaze austamponirt. Der weitere Verlauf des Falles war ein befriedigender. LEFFERTS.

92) **Trekaki** und **Lenormand. Ein Fall von Krebs der Zunge mit ungewöhnlichen Symptomen. (Note sur un cas de cancer de la langue à signes insolites.)** *Gazette des hôpitaux. 1892. p. 33.*

Der Krebs entwickelte sich ohne neuralgische Symptome seitens des Kiefers und ohne Ohrenschmerzen, ja sogar ganz ohne functionelle Störungen. Zu Anfang bot die Ulceration, die den linken Rand der Zunge einnahm und von der Basis zur Spitze vorschritt, mehr das Aussehen eines ulcerirten Gumma, als das eines Epithelioms dar. Diese Art der Ulceration hat den Nachtheil, dass sie den chirurgischen Eingriff verzögert; entschliesst man sich dann endlich zu einer Operation, so hat sich das Epitheliom zumeist nicht nur auf die Lymphdrüsen, sondern auch auf die gesammten Gewebe der Nachbarschaft ausgebreitet.

J. BARATOUX.

93) **Hutchinson** (London). **Ueber die Chirurgie der Zunge.** Vortrag gehalten vor „Liverpool Medical Institution". — *Intern. klin. Rundschau. 1892. No. 1 u. 2.*

H. giebt einen Ueberblick über die Exstirpation der Zunge und bezieht sich hauptsächlich auf den Krebs als Ursache der Operation. Lokal treten meist keine Recidiven auf, wohl aber in der Regel an den Drüsen; natürlich müssen diese entfernt werden u. z. sobald als möglich. Sie treten entweder am Mundhöhlenboden oder am vorderen Rande des Sterno-cleidomastoideus oder in der Gegend des Proc. mastoideus auf. Zur Operation bedient er sich des Ecraseurs mit einem Drahte, den er in einer halben Stunde durchschneiden lässt; die Arteriae linguales unterbindet er gleich nach dem Durchschneiden. H. verlor keinen Privatpatienten an dieser Operation. CHIARI.

94) **Redactionelle Notiz. Die Chirurgie der Zunge. (The surgery of the tongue.)** *Therapeutic Gasette. Februar 1892.*

Auszug aus einem Artikel von J. Hutchinson. (S. vorstehendes Referat. Red.)

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

95) **W. R. Williams** (Preston). **Excision der Zunge mit dem Draht-Ecraseur. (Excision of the tongue by the wire ecraseur.)** *Brit. Med. Journ. 2. Januar 1892.*

Eine Polemik gegen die Statistik in Hutchinsons Arbeit.

MACKENZIE-JOHNSTON.

96) **C. Q. Jackson. Ein brauchbarer Zungenherabdrücker. (A satisfactory tongue depressor.)**

Das Instrument ist glatt gearbeitet, aus einem einzigen Stück vernickelten Stahls. Es ist leicht und einfach und lässt sich schnell durch Eintauchen in kochendes Wasser sterilisiren. Sein Blatt ist ziemlich schmal, nirgends rauh, aber an der unteren Fläche tief ausgehöhlt; auf diese Weise hält es die feuchte Zunge durch den Luftdruck und presst sie so fest an sich, dass man die Zunge von der hinteren Rachenwand weg nach vorn ziehen kann, wodurch das Würgen bis zu einem gewissen Grade verhütet wird. (Bei sehr sensitiven Personen ist eine leichte Anwärmung vorher geboten.) Der äussere Theil des Instrumentes, der zwischen die Zähne kommt, ist dünn und flach und biegt nach dem rechten Mundwinkel des zu Untersuchenden ab. Von da ab krümmt er sich nach unten zu einem langen hakenförmigen Handgriff, der ein Abgleiten der Hand des Pat. unmöglich macht.

LEFFERTS.

97) **Chauffard. Acute Anginen. (Angines aigues.)** *Annales de médecine. 1892. p. 97.*

Die Anginen werden heute nicht mehr als lokale Affectionen angesehen, sondern als Krankheiten bakteritischen Ursprungs. Indessen giebt es eine gewisse Klasse von Anginen, die nicht recht zu den infectiösen Anginen zählen können. Dies sind die Anginen rein toxischer Art, wie die Angina nach Jodkaligebrauch, nach Belladonna oder Salol. hierher gehören auch gewisse Anginen nach der Intoxication mit Miessmuscheln.

Die infectiösen Anginen theilen sich in mehrere Gruppen: Zur ersten Classe gehören die Anginen, die nur eine lokale Aeusserung einer Allgemeininfection sind. (Anginen bei Typhus, Scharlach, Rheumatismus.) Die zweite Gruppe bilden die acuten idiopathischen Anginen, die für sich selbst eine Krankheit sind und gewissermassen ihre eigene Individualität haben. Die bacteriologischen Untersuchungen haben gezeigt, dass man im Verlaufe dieser Anginen eine Reihe von Mikroorganismen im Halse nachweisen kannn.

Die Antiseptik des Halses muss natürlich die erste Regel für alle anginösen Zustände sein: häufige Waschungen des Schlundes (Gurgeln oder Gebrauch der Spritze) mit Läsungen von Borax, Naphthol, Phenol, Borsäure (120 g auf 1 Liter Wasser; zur heissen Lösung 18 g Magnesia). Ferner innerlich 2—3 g Naphthol pro die oder 4—5 g Salol. Man kann auch antiphlogistische Mittel anwenden,

wenn die Erscheinungen sehr acute sind (Blutegel hinter die Ohren, Eisstückchen schlucken und Eiskravatte). J. BARATOUX.

98) **Dávalos y Madan** (Habana). **Die infectiösen Halsbräunen. (Los anginas infecciosas.)** *Crónica medico-quirúrgica de la Habana. 1891. No. 16.*

Uebersicht der neuern bacteriologischen Arbeiten über den Gegenstand und Wiedergabe der von Rendu am 8. Mai gemachten Mittheilung über 2 durch Pneumokokken verursachte Fälle. GONGORA.

99) **J. Simon. Die Diagnostik der Anginen bei Kindern. (Le diagnostic des angines dans l'enfance.)** *Semaine méd. 1892. p. 7.*

Die acuten Anginen der Kinder stellen sich unter zwei verschiedenen Bildern dar: mit oder ohne Exsudat, kann breiig weich oder häutig sein, im letzteren Falle kann dasselbe nicht diphtheritisch oder diphtheritisch sein. Das breiige Exsudat besteht aus einer Epithelialschicht und ist wenig adhärent. Der häutige Belag ist von einer Membran von fibröser Consistenz gebildet und ist cohärent. Die Angina bei Scharlach macht starkes Fieber; der Hals zeigt Scharlachröthe mit einem leichten Stich ins Braune. Die Angina herpetica wird charakterisirt durch die Anwesenheit von weissen Puncten und kleinen Bläschen. Die pseudomembranöse Angina ist die Pneumokokken- oder Streptokokken-Angina, die wahre diphtheritische Angina dagegen ist die durch den Klebs-Löffler'schen Bacillus bedingte.

Die Anginen ohne Exsudat können die Folge einer einfachen Reizung oder aber das Resultat einer bacteriellen Infection sein (Angina bei Grippe, Erysipel, Rheumatismus, den exanthematischen Krankheiten etc.). J. BARATOUX.

100) **Raoult. Streptococcen-Angina und Stomatitis mit Purpura. Leichte Arthropathie und Endocarditis. (Angine et stomatite à streptocoques avec purpura; arthropathie et endocardite légère.)** *Union méd. 12. Mai 1892.*

Eruption von Purpuraflecken über den ganzen Körper im Verlaufe einer Angina. Im Halse sah man an den Gaumenbögen und auf den Mandeln Flecke eines dicken, weissen, pseudo-membranösen Exsudats. Das Zahnfleisch war heftig entzündet, bedeckt mit einem weisslich grauen Exsudat. Die Behandlung bestand in Pinselungen mit Phenol. sulforicin.

Kurze Zeit nachher traten Schmerzen in den Schulter-, Ellenbogen- später in den Knie- und Fussgelenken auf. J. BARATOUX.

101) **C. Bernabei. Ueber die verschiedenen Formen von Streptococcen-Angina. (Sulle forme di angina da streptococco.)** IV. Congress der Italien. Gesellsch. für interne Medicin. — *Riforma Medica. 3. Nov. 1891.*

B. fasst seine Untersuchungen auf diesem Gebiete zusammen, die sich auf 20 Fälle von primärer acuter Angina durch Streptokokken erstrecken. B. hält es nicht für nothwendig neue Gruppen abzusondern, sondern will nur die bestehenden anerkannt wissen unter der ätiologischen Mitwirkung des Streptokokkus. So nimmt B. eine Streptokokken-Angina an: 1) bei der erythematösen Angina

und der folliculären Tonsillitis, 2) bei der pseudo-membranösen und 3) bei der phlegmonösen Angina.

Von der ersten Form sind zu nennen der Fall von Biondi (1886) und der von Kurth (1889). Aus dem letztgenannten Jahre stammen ausser den 20 Beobachtungen von B. noch die von Hanot und die Sendtner'sche. Diese Form ist die häufigste, sie ist epidemisch, contagiös und kommt im Herbst und im Frühjahr vor. Häufig ist sie verbunden mit einer Epidemie von Grippe, Masern, Scharlach, Diphtheritis etc. und darum giebt sie oft zu Complicationen dieser Krankheiten Anlass. Es ist dies die leichtere Form und ihr gewöhnlicher Ausgang der in Heilung.

Die 2. Form ist fast stets verbunden mit der pseudomembranösen Diphtherie und sie bildet den Hauptbestandtheil der diphtheroiden Processe. In ihrer acuten Form ist sie als Angina diphtheritica streptococcica von Barbier und als Streptokokken-Diphtherie von Mitchel Prudden bezeichnet worden. Als secundäre Form trifft man sie constant beim Scharlach, beim Typhusfieber, bei Pocken.

Von der 3. Form zählt B. drei Fälle auf, 1 von Landgraf, 1 von Metzner und 1 von Sendtner.

B. behauptet nach seinen bacteriologischen Beobachtungen, dass, wenn bei der Streptokokken-Angina andere infectiöse Lokalisationen vorhanden sind, es sich dabei fast immer um denselben Streptococcus handelt. — B. folgert daraus die Nothwendigkeit einer strengen Desinfection des Mundes etc. etc.

CARDONE.

102) **Dauchez. Ueber verschiedene klinische Formen der Angina bei Grippe und ihren epidemischen Charakter. (Des differentes formes cliniques d'angines grippales et de leur charactère épidémique.)** Soc. medicale du VI. arrondissement. — *France med. 1892. p. 450.*

Verf. giebt eine Zusammenstellung von 15 Fällen von Angina mit verschiedenem Aussehen bei Personen mit Grippe; er schreibt dieser Affection einen epidemischen Charakter zu.

J. BARATOUX.

103) **Bourges. Die Anginen bei Scarlatina. (Les angines de la scarlatine.)** *Gazette des hôpit. 2. Juli 1891.*

Die als Complication der Scarlatina auftretenden Anginen sind erythematös, pseudomembranös oder gangränös.

Die pseudomembranösen Anginen lassen sich eintheilen in Früh- oder Spätanginen, je nachdem sie sogleich beim Beginn oder erst nach der ersten Woche der Krankheit auftreten.

Die pseudomembranöse Frühangina scheint sehr häufig wegen ihrer Benignität. ihrer geringen Ausbreitung und wegen des geringen Einflusses, den sie auf den Allgemeinzustand ausübt, nicht zur Diphtherie zu gehören, indessen giebt es unter ihren objectiven Symptomen kein einziges, das eine bestimmte Unterscheidung von der Diphtherie möglich machte. Ferner giebt es auch frühe Fälle, die von pseudomembranöser Coryza, von Croup, oder von Gaumensegellähmung begleitet werden; diese Fälle bieten alle Charaktere der hypertoxischen

diphtheritischen Angina dar und ihre Natur ist unmöglich anders zu bestimmen, als durch die bacteriologische Untersuchung.

Die pseudomembranöse Spätangina, die nach der ersten Krankheitswoche eintritt, ist zumeist diphtheritischer Natur. Vom Standpunkt ihrer Entwicklung aus unterscheidet Bourges 3 Abarten der pseudomembranösen Spätangina: Die benigne, die durch die geringe Ausbreitung der Membranen, welche keine Tendenz zum Weiterschreiten haben, durch die mässige Entwicklung der submaxillaren Drüsenschwellung und durch das Fehlen von Complicationen der Angina charakterisirt ist; die schwere, die eine rapide vorschreitende Ausdehnung der Pseudomembranen, dauernde, starke Drüsenschwellung, Fieber und Allgemeinsymptome zeigt und lange dauert (9—23 Tage); endlich die septische, die unter dem Bilde der hypertoxischen Angina verläuft.

B. hat 30 Fälle von Angina bacteriologisch untersucht. In 7 Fällen von erythematöser Angina hat er stets einen Streptococcus gefunden. In 5 von diesen Fällen liess sich ausserdem ein Coccus isoliren, den er als Coccus A. bezeichnet, in 3 das Bacterium coli commune, in 2 der Staphylococcus pyogenes albus.

Von 18 Fällen von pseudomembranöser Frühangina fand B. nur in einem den Löffler'schen Bacillus. In den 17 anderen liess sich constant ein Streptococcus, ausserdem 9 Mal der Staphylococcus pyogenes aureus, 4 Mal das Bacterium coli commune, 1 Mal der Coccus A. und 1 Mal der Staphylococcus pyogenes albus nachweisen.

Unter 4 Fällen von pseudomembranöser Spätangina constatirte B. 3 Mal den Löffler'schen Bacillus. In dem einen Fall, wo dieser sich nicht nachweisen liess, fand sich das Bacterium coli und der Streptococcus.

Der Kettencoccus, der bei den Complicationen der Scarlatina so häufig ist, ist identisch mit dem Streptococcus pyogenes. J. BARATOUX.

104) **Robin und Degueret. Die diphtheroide Angina bei secundärer Syphilis. (L'angine diphthéroide de la syphilis secondaire.)** *Gazette medicale de Paris. September 1891.*

Die Verf. haben 3 Fälle von secundärer, syphilitischer Angina mit pseudomembranösen Bildungen von diphtherieartigem Aussehen beobachtet; sie erklären es für unmöglich, diese Angina von der wirklich diphtheritischen allein auf die Lokalsymptome hin zu unterscheiden; die Allgemeinerscheinungen freilich sind niemals dieselben, wie man sie im Verlauf einer diphtherischen Angina von mittlerer Intensität beobachtet. Anamnese und Entwicklung und ausserdem diese allgemeinen Erscheinungen genügen zur Stellung der Diagnose in der allergrössten Mehrzahl der Fälle. Die Dauer des Leidens ist eine sehr wechselnde, und schwankt in den mitgetheilten Fällen zwischen 8 und 45 Tagen, es handelt sich also nicht um eine Affection mit stets langsamem Verlaufe, wie man dies wohl angenommen hat. Ein geeignetes therapeutisches Regime (antiluetische Behandlung und lokale Antisepsis) kürzt die Dauer der Krankheit ab.

J. BARATOUX.

105) **Gouguenheim. Tertiäre syphilitische Anginen. (Angines syphilitiques tertiaires.)** *Union med. 3. u. 5. Mai.*

Diese Angina tritt 2—4 Jahre nach dem Ausbruch der Syphilis ein. Sie afficirt nach ihrer Häufigkeit geordnet zuerst das Gaumensegel, dann die hintere Rachenwand, und schliesslich — dies aber recht selten — die Mandeln. Die tertiären Anginen können sich an der Oberfläche ausbreiten, können aber auch in die Tiefe gehen: oberflächliche tertiäre Angina und tiefe tertiäre Angina.

Die Angine syphilitica tertiaria superficialis befällt im Allgemeinen die hintere Rachenwand; sie lässt nach ihrer Heilung eine characteristische weissliche Narbe zurück. Am Gaumensegel besteht eine marginale Ulceration der Ränder des Zäpfchens und der Gaumenbögen. Zwischen Zäpfchen und Gaumen sieht man eine Furche, das Zäpfchen selbst ist verdickt.

Die Angina tertiaria profunda ergreift besonders das Gaumensegel, das eine oder mehrere Perforationen über dem Zäpfchen oder mitten im Gaumensegel zeigt. Bisweilen erstreckt sie sich auf die hintere Rachenwand.

Bei der tonsillären Form constatirt man Röthung, Schwellung und Oedem dieser Theile.

Schmerzen sind ziemlich selten. Die Stimme ist nasal. Es bestehen ferner Schluckbeschwerden, aber selten Störungen des Geruchs.

Für die locale Behandlung empfiehlt sich Aetzen mit Höllenstein, mit dem Galvanokauter oder mit Jodtinctur. Man wird am besten eine gemischte Behandlung wählen. (Gibert'scher Syrup.)

J. BARATOUX.

106) **Bilton Pollard** (London). **Retropharyngealabscesse bei Kindern und ihre Behandlung. (Retropharyngeal abscess in infancy and its treatment.)** *Lancet. 13. Februar 1892.*

Der Verf. betont, dass die Caries der Halswirbel nicht, wie man früher annahm, die gewöhnliche Ursache dieser Krankheit ist. Unter Berufung auf Bokai's Angaben erklärt P., dass unter 204 Fällen nur bei 7 spinale Caries zu Grunde lag. Nach seinen eigenen Erfahrungen am North Eastern Kinderhospital hält Verf. die Retropharyngealabscesse für eine in London seltene Affection. Er berichtet selbst über 4 Fälle ausführlich; alle betrafen sehr junge Kinder und bei allen wurde die Eröffnung von aussen her mit Glück durchgeführt. Verf. hält diese Methode der Operation selbst bei sehr kleinen Kindern für besser als alle anderen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

107) **Daniel Movat** (London). **Retropharyngealabscess. (Retropharyngeal abscess.)** *Lancet. 5. März 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber erwähnt der Verf. einen Fall, der dem Pollard'schen als Ergänzung dient. M. hält diese Abscesse für gewöhnlicher, als man meist annimmt und glaubt, dass sie auch syphilitischen Ursprungs sein können.

MACKENZIE-JOHNSTON.

108) **Kramer** (Gr.-Glogau). **Ueber die Behandlung auf den retrovisceralen Raum beschränkter tuberculöser Abscesse.** *Centralbl f. Chirurgie. 12. 1892.*

An einem nach der von Burckhardt angegebenen Methode operirten Fall

von Retropharyngealabscess bei einem 4½jährigen Mädchen zeigt K., dass eine antiseptische und Jodoform-Behandlung der auf den retropharyngealen Raum beschränkten tuberculosen Abscesse möglich, und dass der zu ihrer Freilegung aussen vom Halse her nothwendige Eingriff ohne wesentliche Schwierigkeiten auszuführen ist. SEIFERT.

109) **Zemann** (Wien). **Demonstration eines Falles von tödtlicher Blutung aus der Arteria laryngea veranlasst durch ein 46 mm langes Stäbchen, welches im Pharynx eingekeilt die Arterie arrodirt hatte.** Demonstrirt in der Sitzung des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums vom 9. November 1891. — *Mittheil. d. Wiener med. D.-C. XVII. Bd. 1891. No. 24* und *Wiener med. Blätter. 1891. No. 46.*

Merkwürdig war der Umstand, dass der Kranke trotz des 5tägigen Verweilens im Spitale nur über unbedeutende Halsschmerzen klagte. Eine laryngoscop. Untersuchung wurde nicht vorgenommen; das Holzstäbchen sass quer über dem Aditus ad laryngem. CHIARI.

d. Diphtheritis und Croup.

110) **Ashby. Loeffler's Diphtheriebacillus. (Loeffler's diphtheria bacillus.)** *Brit. Med. Journ. 6. Februar 1892.*

Demonstration von Präparaten in der Manchester Pathologischen Gesellschaft. MACKENZIE-JOHNSTON.

111) **J. G. Barford. Die epidemische Halserkrankung im Wellington College. (Wellington College sore-throat.)** *Lancet. 15. u. 30. Januar 1892.*

Ein Bericht über Entstehung und Verlauf einer schweren Diphtheritis-Epidemie. MACKENZIE-JOHNSTON.

112) **Leitartikel. Die Diphtherie im Wellington College. (Diphtheria at Wellington College.)** *Lancet. 16. Januar 1892.*

Der Leitartikel bespricht die schwere Epidemie, die in jener Anstalt auftrat, und behandelt namentlich die hygienischen Mängel und die feuchte Beschaffenheit des Bodens, die sich dort zeigten. MACKENZIE-JOHNSTON.

113) **Redactionelle Notiz. Die Diphtheritis in Esher. (Diphtheria at Esher.)** *Lancet. 26. Februar 1892.*

Die Notiz behandelt die Epidemie, die noch immer dort fortdauert.

MACKENZIE-JOHNSTON.

114) **L. Concetti** (Rom). **Die chronische Diphtherie der Nase. (Sulle difterite cronica del naso.)** *Arch. ital. di pediatria. Januar 1892.*

C. berichtet über einen analogen Fall, wie den von ihm selbst im Jahre 1886 mitgetheilten; den neuen Fall hat er kürzlich beobachtet und hat auch die bakteriologische Untersuchung mit positivem Resultat ausführen können.

Nach seinen Beobachtungen in dem letzten Falle schliesst sich C. der Meinung an, dass die Diphtherie eine Krankheit von Anfangs rein lokaler Natur ist etc. Der infectiöse Charakter der chronischen Diphtherie ist nicht geringer wie der der acuten.

C. führt seine bakteriologischen Untersuchungen an: Impfungen auf Kaninchen mit positivem Resultat; mikroskopische und culturelle Prüfung des Blutes mit negativem Ausfall.

Die Wichtigkeit der bakteriologischen Untersuchung bei dieser Form der Erkrankung bes. für die Diagnose und die Behandlung wird von C. genügend hervorgehoben. CARDONE.

115) **Redactionelle Bemerkung. Eine positive klinische Methode zum frühen Diagnosticiren der Diphtherie. (An early and positive clinical method for diagnosing the presence of diphtheria.)** *University Med. Mag. Januar 1892* und *Med. Age. 11. Januar 1892.*

Besprechungen der Fischer'schen Methode, die in N. Y. Med. Record (5. December 1891) mitgetheilt ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

116) **Q. C. Smith. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Journ. Americ. Med. Assoc. 23. Januar 1892.*

S. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Thatsache, dass die Pseudomembran nicht in allen Fällen das erste Zeichen der Diphtherie ist. Dieselbe kann mit Lähmung des Zäpfchens beginnen und diese Fälle, die für die Therapie gar keine Handhabe bieten, sind stets fatal. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

117) **Szegö** (Pest). **Beiträge zum Polymorphismus der Rachendiphtherie.** *Gyógydászat. 1891. No. 17. Pester med.-chir. Presse. 1892. No. 9.*

Ausgehend von einer Hausepidemie in einem Institute von 102 Mädchen, von denen 54 erkrankten, 4 starben, bei denen theils gleich Anfangs croupöse Auflagerungen im Rachen auftraten (10 Fälle), theils sich aus Tonsillitis follicularis Diphtherie entwickelte (3 Fälle), theils blos einfache Tonsillitis follicularis oder Angina lacunaris sich zeigte, betont Sz. den Polymorphismus der D., welcher für die Diagnese die grössten Schwierigkeiten machen kann. Entscheidend wäre hier blos der Nachweis des Löffler'schen Bacillus, der für den Praktiker aber sehr umständlich ist. CHIARI.

118) **Wm. C. Dabney. Das Vorkommen nervöser Symptome in den frühen Stadien der Diphtherie. (The appearence of nervous symptoms in the early stages of diphtheria.)** *Phil. Med. News 16. Januar 1892.*

D. setzt auseinander, dass bekanntermassen Neuritis oder andere Symptome. die auf nervöse Störungen weisen, spät im Verlaufe der Diphtherie auftreten oder erst als Folgekrankheit dieser Affection erscheinen. Indessen hat D. jüngst 2 Fälle in Beobachtung gehabt, in denen sehr deutliche Sensibilitätsstörungen und Schmerzen in den Extremitäten, besonders in den Armen am Anfang eines Anfalls von Diphtherie sich zeigten.

D. hat das Vorkommen dieser Symptome in einer so frühen Periode der

Krankheit früher nie beobachtet und findet auch in der Litteratur keinen Fall der Art erwähnt. Er war durch diese Erscheinungen sehr beunruhigt, wie der Verlauf der Fälle lehrte, ohne Grund, da beide einen milden Verlauf nahmen und mit Heilung endigten. Allein er fürchtete, aus dem so frühen Auftreten so ernster nervöser Symptome auf einen hohen Grad nervöser Störung schliessen zu müssen, von dem noch bedenkliche Consequenzen zu erwarten wären.

LEFFERTS.

119) **W. W. Townsend. Ein Fall von Nephritis nach Diphtherie. (A case of nephritis following diphtheria.)** *St. Louis Clinique. März 1892.*

Der Fall lehrt, wie wichtig es ist, **stets** bei Diphtherie den Urin zu untersuchen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **J. W. Bryant. Scharlach-Diphtherie. (Scarlatinal diphtheria.)** *Times and Register. 12. März 1892.*

Nichts von Bedeutung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

121) **G. N. Seidlitz. Ein Fall von concurrirender Diphtherie und Scharlachfieber. (A case of concurrent diphtheria and scarlet fever.)** *Northwestern Journ. of Homoeopathy. März 1892.*

Nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) **S. H. Headlee. Gedanken und Kenntnisse eines Landarztes über die Diphtherie. (What a country doctor thinks he knows about diphtheria.)** *St. Louis Clinique. Januar 1892.*

H. zieht die Summe seiner eigenen Erfahrungen.

W. J. SWIFT LEFFERTS).

123) **G. Pintor Pasella. Schutz vor der Diphtherie. (Preservazione della difterite.)** *Cagliari, typ. du commerce. 1892.*

Der Aufsatz ist hauptsächlich für die Familie geschrieben, um die Kenntniss der nützlichsten hygienischen Regeln weiter zu verbreiten und dadurch die Ausdehnung einer Diphtheritis Epidemie zu beschränken.

CARDONE.

124) **Barbier. Zur Behandlung der Diphtherie. (A propos du traitement de la diphthérie.)** *France med. 1892. No. 1.*

Die B.'schen Rathschläge lassen sich dahin zusammenfassen: Pinselungen mit 20proc. Phenol. sulforicinic. nach vorhergehender Irrigation; Verhütung der Drüsenaffectionen; Linderung oder Beseitigung der Schmerzen beim Schlucken, wodurch die Möglichkeit zur Ernährung der Kinder gewonnen wird; Verhütung der diphtheritischen oder einer secundären Infection oder Intoxication.

Durchführung intestinaler Antisepsis, um innere krankhafte Zersetzungen zu vermeiden.

Allgemeines tonisches Regime: Gute Luft und Sonnenschein, kein verräuchertes und geschlossenes Krankenzimmer.

J. BARATOUX.

125) . . . . **Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Lancet. 9. Januar 1892.*

Eine redactionelle Notiz über eine Arbeit von Barbier (La France Médic.

Januar 1892), in der dieser Autor betont, dass nach neueren Untersuchungen die die Krankheit verursachenden Bacillen auf die Pseudomembranen beschränkt sind und nicht tiefer dringen. Daraufhin wird die sorgfältige Entfernung der Membranen mit der Zange empfohlen und gerathen, die Stelle derselben häufig mit einem stark keimtödtenden Mittel einzureiben. Am geeignetsten für diesen Zweck findet der Autor eine Mischung von Acid. sulphoricinic. (100) und Carbolsäure (20). Vor der Application dieser Lösung wird der Nasenrachenraum jedesmal mit einer warmen alkoholischen Salollösung (1 : 40) irrigirt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

126) **Redactionelle Notiz. Wasserstoffsuperoxyd zur Behandlung der Diphtheritis. (Peroxide of hydrogen in the treatment of diphtheria.)** *Med. and Surg. Reporter. 9. Januar 1892.*

Der augenscheinliche Nutzen, den das Wasserstoffsuperoxyd bietet, lässt es als das werthvollste von allen Mitteln für die Lokalbehandlung der Diphtherie erscheinen; es ist jedoch wichtig, nur absolut zuverlässige Präparate zu benutzen; dieselben müssen frisch sein, nicht zu viel Säure enthalten und eine Stärke von 15 Volumprocent haben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

127) **J. W. Heysinger. Kalium hypermanganicum bei der Behandlung der Diphtherie und verwandter Affectionen. (Potassium Permanganate in the treatment of diphtheria and allied affections.)** *Journal Ophthalm. Otol. and Laryngol. Januar 1892.*

H. hält das Mittel für ein Specificum. W. J. SWIFT) LEFFERTS).

128) **Moskowitz** (Pest). **Beitrag zur Behandlung der Diphtheritis.** *Gyógyászat. 1891. No. 52. Pester med.-chir. Presse. 1892. No. 4.*

In 10 Fällen schwerer Diphtheritis verwendete M. Einreibungen mit Unguent. cinereum und innerlich reichlich Wein und Cognac. Ung. ciner. wurde in der Menge von 70 gr. und oft darüber angewendet. In allen Fällen erfolgte Heilung, was M. auf die starke desinficirende Wirkung des Quecksilbers zurückführt.

129) **E. Klein** (Lugos). **Zur Behandlung der Diphtherie.** *Gyógyászat. 1891. No. 52. Pester med.-chir. Presse. 1892. No. 4.*

Kl. räth ebenfalls reichliche Einreibung mit Ung. ciner. und Aq. calcis aa p. aeq. mit Aq. dest. theils kaffeelöffelweise innerlich, theils als Zerstäubung oder Verdampfung. Die Erfolge waren gut.

130) **J. Munk** (Duna-Szerdahely). **Die Behandlung der Diphtheritis mit Creolin.** *Agyakorlo orvos. 1891. No. 36.* Excerpt *Pester med.-chir. Presse. 1892. No. 4.*

Eisumschläge, Cognac und Pinselungen mit Creolin. 1 oder 2 auf Aq. fontis 100 3 Mal täglich. Mit dieser Behandlung hat M. seit 3 Jahren keinen Kranken verloren.

(Es scheint also von diesen 3 Herren die Frage der Diphtherie-Therapie glänzend gelöst.) CHIARI.

131) **Kraus** (Wien). **Die Anwendung von Jodum tribromatum gegen Diphtherie.** *Archiv f. Kinderheilk. XIV. 5. 1892.*

K. empfiehlt obiges Mittel in folgender Lösung: Jodi tribromat. gtt. XX, Aq. dest. 300,0 zu Gurgelungen, Inhalationen und Ausspülungen des Rachens. Es soll dem Mittel eine die Pseudomembranen lösende antiparasitäre und antiseptische Eigenschaft zukommen, ferner soll es einen coupirenden Einfluss auf das Fieber ausüben, muss aber gleich vom Beginn der Krankheit an genommen werden. Jodismus tritt leicht ein.

SEIFERT.

132) **Balassa** (Szentes in Ungarn). **Zur Frage der Behandlung der Rachendiphtherie.** *Orvosi Hetilap. 1892. No. 13. Pester med.-chir. Presse. 1892. No. 23.*

Nichts Besonderes.

CHIARI.

133) **Ozegowski. Behandlung der Diphtherie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 20.*

O. ätzt 2stündlich mit Acid. carbol. cryst.
Acid. citric. cryst.
Tinct. Jodi aa 3,0—5,0
Französischer Cognac 100,0.

LANDGRAF.

134) **Discussion über die Therapie der Diphtheritis.** Gesellschaft der Aerzte in Pest. Sitzungen vom 13., 20, 27 Februar und 5. März 1892. — *Pester med.-chir. Presse 1892. No. 9, 10 u. 11.*

Johann Bókai stellt 3 Forderungen auf. 1) Vernichtung des Diphtherie-Bacillus. 2) Verhinderung der Bildung der Pseudomembranen bezw. rasche Ablösung derselben. 3) Unschädlichmachung des vom Körper aufgenommenen Toxalbumins. Er bespricht alle Mittel, kann aber von keinem sichern Erfolg versprechen.

Erőss empfiehlt neben der allgemeinen Behandlung nur Gurgelungen und Ausspritzungen, warnt aber vor Pinselungen oder Aetzungen, die die noch gesunde Schleimhaut verletzen. Munk hat vom Creolin sehr gute Erfolge gesehen. Gerlóczy verwendet Kalkwasser und 3 % Carbollösung mit 30 % Alcohol an. Joh. Bókai hat von Intubation gute Erfolge gesehen; bei Larynxdiphtherie erzielte er damit 25 % Heilungen, bei Larynxcroup (ohne Rachenaffektion) in 32 Fällen 43 % Heilungen. Er verwendet Rachenausspülungen und Ausspritzungen mit Kalkwasser und Bepinselungen mit 5 % Lösung von Ferr. sesquichlorat. Im Ganzen hatte er bei 922 Kranken 46 % Todesfälle. Hydragyrum vertragen die Kinder gut, Carbolsäure schlecht. Moskowitz hat auch von Hg-Salbe günstige Erfolge gesehen; er warnt vor dem Geheimmittel „Antidiphtheriticon." Löw hebt hervor, dass zwischen Croup und Diphtherie kein Unterschied in aetiolog. Beziehung besteht und dass neuestens auch oft Angina follicularis als Diphtherie angezeigt werde, ferner dass in Budapest mehr Todesfälle an Diphtherie und Croup vorkommen als in dem doppelt so grossen Wien. Herczel spricht gegen die Intubation, die nur bei leichten Fällen helfe. Jedenfalls solle man sie nur bei geringer Ausbildung von Pseudomembranen anwenden.

M. Weisz spricht gegen die Hydrargyrum-Einreibungen, die meist nur

schaden. Högyes theilt die Diphtheritis-Erkrankungen aus praktischen Gründen ein: 1) toxische D. mit geringen Lokalerscheinungen und starken Nervenerscheinungen. Tod in 36—48 Stunden; 2) septische D. mit schweren allgemeinen und lokalen Erscheinungen; 3) reine Croupfälle; 4) leichte Diphtheritisfälle. Szontágh, Homoeopath, ist nur für milde Gurgelwasser und Mercur-Cyanat 1 : 10000 Aqua. Szalárdi bringt nach statistischen Daten über 12 Hauptstädte seine Therapie zur Besprechung: Intern $^1/_2$—1 og Sublimat p. die, Pinselung mit 1 % Sublimatlösung. Zwillinger, Wein und Flesch sind für Entfernung der Membranen mit Pinselungen; Flesch pinselt 2stündlich so lange mit Wattetampons (mit Sublimat 1 %) bis die Wundfläche rein ist und hat seit 1888 keinen Patienten an D. verloren (?? Referent) Högyes bespricht die D. vom theoretischen und experimental-patholog. Standpunkte und erwartet von localer Behandlung wenig. A. Bókai warnt vor dem Antidiphtheriticon, das meist aus Oleum rusci und phagi besteht. Medvei spricht für Eistherapie, Morelli für Chinin intern und Jodol, Calomel, Tannin und Campher local, Braun für Massage. Joh. Bókai sagt im Schlusswort, dass ihm Pinselungen nicht so gefährlich scheinen, dass Hg nicht sonderlich wirke, dass die Intubation alles Lob verdiene, und dass er für Hydrotherapie und Insufflationen jetzt mehr geneigt sei, als vor der Discussion.

CHIARI.

135) **G. C. Pitzer. Eine neue Behandlungsweise der Diphtherie. (Diphtheria, a new treatment.)** *Medical Brief. März 1892.*

Verf. empfiehlt Seibert's Methode der submembranösen Injection von Chlorwasser.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

136) **Redactionelle Notiz. Die Mittel gegen Diphtherie. (Therapeutic of diphtheria.)** *Therapeutic Gazette Februar 1892.*

Ein Auszug aus der Arbeit von Strübing in der Deutschen med. Wochenschrift vom 26. November 1891.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

137) **W. L. Wilson. Die Identität der Diphtherie und des membranösen Croups. (The identity of diphtheria and membraneous croup)** *Physician and Surgeon. Januar 1892.*

In vielen Fällen macht es, soweit die Behandlung in Frage kommt, wenig Unterschied, ob man die Krankheit als Diphtherie oder als Croup bezeichnet; der Verf. wünscht aber durch seine Arbeit den praktischen Gesichtspunkt hervorzuheben, dass auch die Fälle von sog. Croup contagiös sind und isolirt werden müssen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

138) **P. R. Taylor. Intubation bei Diphtherie. (Intubation in diphtheria.)** *Journal Am. Med. Assoc. 2. u. 16. Januar 1892.*

4 Fälle mit 2 Heilungen. T. glaubt die Tracheotomie für Fälle von Diphtherie ganz aufgeben zu müssen, während sie für Fremdkörper in der Trachea eine gute Operation sei.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

139) **Gouguenheim. Laryngoskopische Technik. (Technique laryngoskopique.)** *Annales de med. 1892. No. 1.*

Nichts Neues.

J. BARATOUX.

140) .... **Das Laryngoskop in England. (The laryngoscope in England.)** *Lancet. 5. März 1892.*

141) **Samuel Wilks** (London). **Das Laryngoskop in England. (The laryngoscope in England.)** *Lancet. 12. März 1892.*

Die Notiz und der daran anknüpfende Brief an den Herausgeber behandeln die Erfindung und die Einführung des Kehlkopfspiegels in England.

MACKENZIE-JOHNSTON.

142) **Prosser James** (London). **Kehlkopfstörungen nach Influenza. (Laryngeal affections after influenza.)** *Lancet. 27. Februar 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber beschäftigt sich J. mit den Affectionen des Kehlkopfs während der Influenza und ganz besonders mit den Folgekrankheiten derselben. Zu den wichtigeren gehören Anaesthesie oder Hyperaesthesie des Kehlkopfs, sowie verschiedene Formen von motorischer Lähmung. Der Verf. beobachtete eine Lähmung, die der nach Diphtherie ähnlich war. Immerhin sind alle diese Affectionen, wenn man sie auch gelegentlich wohl trifft, als recht seltene zu bezeichnen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

143) **P. Michelson. Ueber die Beziehungen zwischen Pachydermia laryngis und Tuberculose.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 7.*

Ausführliche Erörterung des Themas ohne wesentliche neue Gesichtspunkte.

LANDGRAF.

144) **Rheinsdorf** (Königsberg). **Ueber Kehlkopftuberculose im Kindesalter im Anschluss an einen Fall von Pseudoparalyse und Tuberculose.** *Jahrbuch für Kinderheilk. XXXIII. 1. 2. 1892.*

Bei einem $^3/_4$jährigen Kinde, das vorher die Erscheinungen einer Pseudoparalyse der oberen Extremitäten dargeboten hatte, welche auf Calomel zurückgingen, trat Husten und Heiserkeit auf, das Kind ging unter dem Bilde einer allgemeinen Tuberkulose zu Grunde. Bei der Sektion fand sich ausser Tuberkulose verschiedener anderer Organe, ein umfangreiches mässig tiefes tuberculöses Geschwür im Kehlkopf, welches das rechte Taschenband und Stimmband zerstört hatte. Zur Erklärung der Seltenheit der Lungentuberculose beim Kinde führt R. an, dass die Schädlichkeiten, welche für die Entwicklung der Kehlkopfschwindsucht Bedeutung haben, um so weniger zur Einwirkung gelangen, je jünger die Kinder sind, ein zweiter Grund hierfür sei der schnelle Verlauf, welchen die Tuberkulose beim Kinde nimmt. Die Kinder werden durch die tief eingreifenden Allgemeinerscheinungen meist schon dahingerafft, ehe der ulcerative Process im Larynx sich ausgebreitet hat.

SEIFERT.

145) **P. Heymann. Zur Symptomatologie der Tuberculose.** *Berliner klin. Woch. 1892. No. 19.*

H. stellte der Berl. med. Ges. einen Fall vor mit einem tuberculösen Geschwür der Wangenschleimhaut, umgeben von miliaren Knötchen. Es bestand Lungen- und Kehlkopfphthise.

Er erwähnt ferner eines Phthisikers, bei welchem sich eine Bewegungsstörung des rechten Stimmbandes im Sinne der Posticusparese als frühes Symptom zeigte. Die rechte Lungenspitze war erkrankt. LANDGRAF.

146) **R. W. Philip** (Edinburgh). **Aetiologische und therapeutische Betrachtungen über 1000 Fälle von Lungentuberculose. (A thousand cases of pulmonary tuberculosis with etiological and therapeutic considerations.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1892.*

Verf. constatirt schwerere laryngeale Veränderungen in 10,5 % der Fälle und ausgesprochene Anaemie des Rachens und Kehlkopfs in 50 %.

P. M'BRIDE.

147) **J. A. Thompson. Die Behandlung des Kehlkopfs bei Phthise. (Treatment of the larynx in consumption.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 12. März 1892.*

Es sollte dem Zustande des Kehlkopfes, der in einem Drittel aller Fälle von Lungenphthise erkrankt ist, mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Durch eine Special-Behandlung können manche Symptome gebessert werden, die der allgemeine Praktiker oft ausser Acht lässt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

148) **R. Levy. Die Behandlung der Kehlkopfphthise. (Treatment of laryngeal phthisis.)** Sep.-Abdr. aus dem *Med. and Surg. Reporter.*

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden der internen und chirurgischen Therapie und macht folgende Zusammenstellung über die Erfolge der klimatischen Therapie.

Von 30 Fällen, die er beobachtete, wurde der Zustand der Lunge gebessert in 16, verschlechtert in 10, nicht verändert in 4 Fällen. Der Kehlkopf gebessert in 12, schlechter in 12, unverändert in 6 Fällen. Von den Fällen, bei denen der Kehlkopf sich verschlimmerte, wurden 5 gebessert oder nicht verändert in Bezug auf die Lungen. Levy glaubt, dass wenn dieses Höhenklima (Colorado) auch nicht so günstig auf die Kehlkopftuberculose wirkt, wie auf die der Lungen, dass es doch sicher in keinem irgendwie erheblichem Maasse nachtheilig ist.

11 Fälle von diesen 30 entstanden in Colorado, dabei ist aber fraglich, ob das Klima viel dazu beigetragen hat, denn es ist ja bekannt, dass bei Lungenphthise die natürliche Tendenz zu secundärer Laryngitis besteht, bes. bei vorgeschrittenen Fällen, wie sie in Colorado sehr zahlreich angetroffen werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

149) **Wisser** (Neumünster). **Ueber Tuberculose des Kehlkopfes mit Koch'scher Tuberculinbehandlung.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

Anatomische Untersuchung eines Falles von Kehlkopftuberkulose. 23jähriger Mann, der 24 Injectionen von 1 mgr Tuberkulin — 25 mgr steigend und

dann wieder bis auf 5 mgr herabgehend erhalten hatte. Letzte Injection 5 Tage vor dem Exitus. Von der Anwendung des Tuberkulins waren Röthungen und Schwellungen der gesammten Larynxschleimhaut und der Stimmbänder, sowie Ulcerationen am linken Aryknorpel und am rechten Stimmband constatirt worden, während der Injectionsbehandlung breitete sich der tuberkulöse Process über das ganze Kehlkopfinnere bis in die Trachea hinein aus. SEIFERT.

150) **Hennig** (Königsberg). **Wesen und Werth der Liebreich'schen Serumtherapie.** Leipzig, A. Langhauser. 1892.

Im Zeitraum von ca. 6 Monaten hat H. 40 Individuen im Alter von 8 bis 50 Jahren nur mit cantharidinsauren Salzen, 53 Individuen mit Cantharidin combinirt mit Kreosot, Guajakol, Dermatol, Aristol, Jodoform etc. behandelt. Von jenen 40 litten 23 an Tuberkulose (Lungen-, Kehlkopf-, Knochen-, Drüsen-, Gelenkstuberkulose, acuter Miliartuberkulose) und 17 Kranke an acuter Laryngitis, subacuter Laryngitis und Pharyngitis, an chronischer Laryngitis, an Pleuritis sicca, an Phthisis pituitosa, an menstrueller Aphonie und Aktinomykose. Diese 40 Individuen haben zusammen 693 Injectionen erhalten. Manchmal kamen bald nach der Injection Schwindelanfälle, Ohnmachten, Kopfschmerzen, Ohrensausen vor, Albuminurie und Tenesmus vesicae kam „verhältnissmässig nicht selten" zur Beobachtung, Strangurie und Haematurie niemals.

Unter 13 Fällen von catarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege mit besonderer Betheiligung des Kehlkopfes sind durchwegs wesentliche Besserungen, meistens sogar Heilungen erzielt worden. In dem Allgemeinbefinden der mit beginnender Tuberkulose Behafteten war eine deutliche Besserung nachweisbar, in den mittelschweren resp. schweren Fällen von Lungen-, Kehlkopf- etc. Tuberkulose konnte eine Aenderung zum Besseren constatirt werden. SEIFERT.

151) **M. Kahn. Ueber die Wirkung des Cantharidins.** *Therapeut. Monatsh. 1892. Mai.*

Die in dem Seifert'schen Ambulatorium gemachten Beobachtungen über die Wirkung des Mittels bei Larynxtuberkulose bestätigen die in letzter Zeit häufiger mitgetheilten Zweifel an seinem Werth, so dass eine weitere Anwendung wohl kaum statthaben dürfte.

Bei dem trocknen Katarrh der oberen Luftwege bringt es manchmal Besserung, dürfte aber wegen seiner Einwirkung auf den Harnapparat auch zu verwerfen sein. A. ROSENBERG.

152) **Demme. Ueber die Behandlung der Tuberculose mit cantharidinsauren Salzen.** *Therap. Monatsh. 1892. März.*

Bericht über 30 Kranke aus der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke. Grosse Oedeme verkleinerten sich oder schwanden, die Ulcerationen wurden reiner und zeigen Tendenz zur Heilung; die Infiltrationen verkleinern sich. Zwei Fälle sind geheilt, bei anderen hat sich eine zeitweilige Besserung abwechselnd mit Verschlechterung herausgestellt. A. ROSENBERG.

153) **Chas. R. Weed. Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit lokaler Anwendung von Milchsäure. (The treatment of laryngeal tuberculosis with lactic acid locally.)** *N. Y. Med. Journ. 9. Jan. 1892.*

Weed beschränkt sich einfach auf die Lokalbehandlung, die er in 3 typischen Fällen erprobt hat; er giebt sich der Hoffnung hin, damit ein Mittel gefunden zu haben, mit dem man in Zukunft die tuberkulöse Laryngitis wird bekämpfen können.

Die 3 Fälle sind in jeder Beziehung genau beobachtet worden, insbesondere wurden in jedem die Tuberkelbacillen mikroskopisch nachgewiesen. Verf. übernimmt das Verfahren von Krause und betont dabei, dass die Wirksamkeit seiner Vorschläge durch die 3 Fälle, deren ausführliche Krankengeschichten er mittheilt, erwiesen werde. LEFFERTS.

154) **Redactionelle Notiz. Einblasungen bei Kehlkopftuberculose. (Insufflation for tuberculosis of the larynx.)** *Phil. Med. News. 21. Mai 1892.*

Rp. Menthol. . . . . . 30,0.
Jodoform . . . . 15,0.
Acid. boric. . . . . 15,0.
Calcii phosphat. . . 30,0.

M. f. pulvis. S. in genügender Menge einzustäuben. Morgens und Abends.
LEFFERTS.

155) **Kraus. Tuberculöse Verengerungen im Kehlkopf. (Des retrécissements tuberculeux du larynx.)** *Thèse de Paris. 1892.*

In der Mehrzahl der Fälle entwickelt sich die Verengerung im Larynx langsam; einen rapiden Verlauf nimmt sie erst in der letzten Periode an.

Die tuberkulösen Veränderungen, die zu den stenotischen Erscheinungen Anlass geben können, sitzen bald in der Schleimhaut (Infiltrationen, Granulationen, Schwellungen, die in das Innere des Kehlkopfs prominiren), bald in den Kehlkopfknorpeln und der diese bedeckenden Schleimhaut (perichondritische Schwellungen mit oder ohne Beweglichkeitsbeschränkung der Stimmbänder).

Die Kehlkopfstenose bedingt mit Nothwendigkeit eine vermehrte Arbeitsleistung zuerst der normalen Athmungsmuskeln; bald wird eine Reihe von respiratorischen Hilfmuskeln in Anspruch genommen und schliesslich wird trotz Anstrengung aller Muskeln die Athmung insufficient.

Ist die Stenose im Kehlkopf fertig, so übt sie einen verhängnissvollen Einfluss auf die Lungen, auf den Kehlkopf selbst und auf das Allgemeinbefinden. Die forcirten und krampfhaften Athembewegungen führen eine abnorme Erweiterung und ebenso abnorme Compressionen des Thorax herbei und erzeugen dadurch Spannungen und Zerrungen der an sich schon alterirten Lunge, deren Gewebe durch seinen pathologischen Zustand zu Zerreissungen bereits praedisponirt ist. Der Zustand des Kehlkopfs verschlechtert sich unter dem allgemeinen Marasmus, und der Allgemeinzustand leidet natürlich unter der forcirten Athmung und der mangelhaften Oxydation des Blutes.

Die locale medicamentöse Behandlung hat wenig Einfluss auf die Larynxphthise, die besten Resultate erreicht man noch mit der Milchsäure.

Die chirurgische Behandlung kann intralaryngeal oder im eigentlichen Sinne chirurgisch sein. Die Intubation ist nutzlos. Durch die Exstirpation der den Kehlkopf obstruirenden tuberculösen Massen (Infiltrationen, Granulationen, Tumoren) erhält man gute Resultate.

Die Exstirpation des Kehlkopfs und die Laryngofissur liefern ungünstige Resultate. Allein die Tracheotomie hat einen günstigen Einfluss auf den Zustand der Lungen und des Kehlkopfs. Sie spart die Kräfte des Patienten, schafft dem Kehlkopf und den Lungen Ruhe, da beide dann ohne besondere Anstrengung functioniren können und ermöglicht eine bessere Blutoxydation. Im letzten Stadium der Phthise ist auch sie ohne Nutzen. J. BARATOUX.

156) **F. E. Hopkins. Die Intubation zur Beseitigung der Stenose bei tuberculöser Laryngitis. (Intubation for the relief of stenosis in tubercular laryngitis.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Febr. 1892.*

Verf. publicirt den Fall nicht allein wegen einiger interessanter Punkte, die er an sich bietet, sondern weil er den Gedanken nahelegt, die Intubation an die Stelle der Tracheotomie bei tuberculösen Kehlkopfstenosen zu setzen.

„Bei Zuständen wie dem vorliegenden", sagt H., „erscheint mir die Behauptung nicht ungerechtfertigt, sollte man stets die Intubation ausführen anstatt der Tracheotomie."

„Die Leichtigkeit und Schnelligkeit, mit der man die Operation machen kann; das relative Fehlen des Shocks; das Fehlen einer Wunde in Geweben, die für Necrose prädisponirt sind; die Thatsache, dass die Luft in die Lungen durch ihre natürlichen Bahnen eindringt; die Möglichkeit, nach ein paar Stunden oder Tagen die Tube einfach wieder herauszunehmen — alle diese schon bekannten Argumente sprechen stark zu Gunsten der Anwendung der Intubation für diese Fälle."

„Die Frage stellt sich einfach so: Sollen wir dem Pat. Luft zuführen durch eine Methode, die seine Leiden thatsächlich um ein neues vermehrt und selten das Leben über eine kurz begrenzte Frist hinaus verlängert, oder sollen wir eine Methode wählen, die der Luft so freien Zutritt schafft wie die Tracheotomie, die Gefahren, denen der Pat. ausgesetzt ist, aber nicht vermehrt und die die Möglichkeit der Verlängerung des Lebens in den Grenzen, die der Allgemeinzustand überhaupt erlaubt, auch gewährt?" LEFFERTS.

157) **J. J. Balwin. Intubation bei Kehlkopfphthise. (Intubation in laryngeal phthisis.)** *N. Y. Med. Journ. 12. März 1892.*

B. nimmt die Priorität für sich in Anspruch, zuerst die Intubation zur Linderung der Dyspnoe bei Kehlkopfphthise empfohlen zu haben. LEFFERTS.

158) **Kafemann (Königsberg). Ueber die chirurgische Behandlung der Larynxphthise.** Danzig, A. W. Kafemann. 1892.

In seiner Antrittsvorlesung bespricht K. von den chirurgischen Behandlungsmethoden der Larynxphthise die Elektrolyse und das Curettement. Kafemann, der ja bekanntlich auch auf anderen Gebieten die Elektrolyse vielfach anwendet, betont die Fähigkeit der Elektrolyse, in tuberculösen Infiltraten regressive Meta-

morphosen in verhältnissmässig kurzer Frist und erstaunlichem Umfange anzuregen. In Bezug auf das Curettement steht er auf dem berechtigten Standpunkt von Heryng.

In Bezug auf die pilzartigen Wucherungen an der hinteren Larynxwand spricht K. die Vermuthung aus, dass ihnen statt der Bedeutung eines secundären Infectionsherdes die einer primären Tuberculisation des Larynx zuzusprechen sein dürfte.

SEIFERT.

159) **Stoerk** (Wien). **Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Larynxtuberculose.** *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 3 u. 4.*

St. ist für locale operative Behandlung nur bei gut genährten Leuten mit geringer Betheiligung der Lungen an der tuberculösen Erkrankung. Er führt einen solchen Fall des ausführlicheren an: er entfernte aus dem mit zahlreichen harten Wucherungen angefüllten und dadurch hochgradig verengten Kehlkopfe in einer Sitzung 8 Stücke, die zusammen die Grösse einer Wallnuss hatten. Dadurch wurde die Tracheotomie unnöthig. In öfteren kleineren Nachoperationen wurden die kleinen Granulationen beseitigt und jedesmal mit Sublimat geätzt. Die Granulationen an der Epiglottis wurden, da sie sich schwer fassen liessen, durch submucöse Injectionen einer 7 proc. Sublimatlösung ganz zum Schwinden gebracht; doch entstand dabei ein Gefahr drohendes Oedem, so dass St. sich niemals wieder zu solchem Versuche bewegen liesse. Der Schlusserfolg war ein günstiger, sowohl was Stimme als Athmung anbelangt. Die entfernten Stücke erwiesen sich als Tuberkelknoten, umgeben von fibröser Grundsubstanz. Fälle von Tuberkeltumor konnte St. 10 mal in der Literatur auffinden.

CHIARI.

160) **Morelli** (Pest). **Heilung nach Exstirpation eines tuberculösen Stimmbandes.** *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 14.*

Kleinkirschengrosser, harter Tumor des linken Stimmbandes. Tracheotomie wegen Oedema laryngis. — Exstirpation der Geschwulst auf endolar. Wege. Histolog. Diagnose: Tuberculöses Lymphom. Heilung.

CHIARI.

161) **Moritz** (Manchester). **Primärer Lupus des Kehlkopfs. (Primary lupus of the larynx.)** *Brit. Med. Journ 27. Febr. 1892.*

Der 25jährige Pat., den M. der Manchester Med. Soc. vorstellte, litt an primärem Lupus des Kehlkopfs. Die Lungen waren gesund, im Sputum keine Bacillen. Afficirt waren die Epiglottis, die Commissur zwischen den Aryknorpeln und die Taschenbänder, die als dicke, mit Knötchen bedeckte Massen, sich darstellten. Die Stimmbänder waren zum Theil zerstört.

MACKENZIE-JOHNSTON.

162) **Garel. Zwei Fälle von Lupus des Kehlkopfs, ein primärer und ein secundärer. (Deux cas de lupus du larynx, l'un primitif l'autre secondaire.)** *Bull. med. 1892. No. 37. p. 839.*

Der primäre Lupus des Larynx ist selten. Verf. beobachtete bei einem Pat. eine Schwellung der Epiglottis, die von graulicher Farbe und unregelmässig warziger Oberfläche war; an ihrem freien Rande sah man ein Knötchen von Erbsengrösse. Die Plicae ary-epiglotticae sind umfangreich, cylindrisch, granu-

lirt, ebenso die Aryknorpel selbst. Das Ganze bildet in dem oberen Theile des Kehlkopfs einen Ring von harter Consistenz und in keiner Weise den gewöhnlichen tuberculösen Processen ähnlich. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose. J. BARATOUX.

163) **A. Ruault. Mittheilung eines Falles zum Kapitel der neuropathischen Kehlkopfstenosen. (Observation pour servir à l'étude des sténoses laryngées neuropathiques.)** *Bull. et mém. de l. Soc. de Laringol. de Paris. Juli 1891.*

Verf. publicirt einen Fall von doppelseitiger vollständiger Lähmung der Crico-arytaenoidmuskeln mit deutlicher Spannung der Stimmbänder. Der Kranke, der der drohenden Asphyxie wegen tracheotomirt war, wollte die Canüle nicht tragen. Es wurde nun die Resection des linken Recurrens vorgenommen, um auf diesem Wege eine Hemiplegie des Kehlkopfs herbeizuführen und dem Kranken das Athmen ohne Canüle zu ermöglichen. Diese Operation aber veränderte das Aussehen, das der Kehlkopf bot, absolut nicht und es kam selbst nicht zur Atrophie des Stimmbandes. Es geht hieraus hervor, dass die Frage der Innervation des Kehlkopfes noch immer eine recht complicirte Sache ist und dass in diesem Falle die Innervation der linken Kehlkopfhälfte durchaus nicht in besonderem Maasse von dem linken Recurrens besorgt wurde. E. J. MOURE.

164) **J. P. O'Dwyer. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Physician and Surgeon. Januar 1892.*

Wo man sich von dem Nutzen dieser Operation nicht überzeugen konnte, da liegt die Schuld in allen Fällen an der Benutzung schlechter Instrumente. Verf. selbst rühmt die Vorzüge der Intubation vor der Tracheotomie. (Der Verf. ist nicht der Erfinder der Intubation, mit dem er den gleichen Namen trägt.)

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

165) **W. D. Richards. Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 2. Jan. 1892.*

Bericht über 5 Fälle mit 4 Heilungen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

166) **F. E. Waxham. Die Intubation des Kehlkopfs. (Intubation of the larynx.)** *Physician and Surgeon. März 1892.*

Während in der Hand eines Geübten die Intubation Erfolge geben wird, die man durch die Tracheotomie nie erreichen kann, wird dieselbe doch nach W.'s Ansicht niemals eine beim practischen Arzt populäre Operation werden. Die Intubation erfordert ganz besondere Uebung und Erfahrung. W. hat sie 381 mal mit 143 oder $37\,^{53}/_{100}$ pCt. Heilungen ausgeführt.

Es kommen auf die

ersten	100 Fälle	27	Heilungen,	gleich	27 pCt.,
zweiten	100 „	34	„	„	31 „
dritten	100 „	42	„	„	42 „
vierten	100 „	38	„	„	$46\,^{91}/_{100}$ pCt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

167) **Petersen. Beitrag zur Intubation des Larynx.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 9.*

P., Volontärarzt bei Seifert, Würzburg, hat sich die Mühe genommen, das Wichtigste, was sich über Complicationen der Intubation in der Literatur findet, zusammenzustellen, und berichtet im Anschluss daran einen Fall, in welchem ein breites, vom rechten Taschenband ausgehendes Papillom, sich über das Lumen der Intubationsröhre lagerte und so Erstickungsgefahr bedingte.

LANDGRAF.

168) **Galatti** (Wien). **Ueber Intubation.** *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 20, 21 und 22.*

G. hat die Intubation in etwa 50 Fällen vorgenommen, beschreibt das Instrument, seine Anwendung und die Cautelen dabei. Er extubirt häufig um Decubitus zu vermeiden, der nach ihm durch langes Liegenlassen des Tubus bedingt ist. Die Heilerfolge nach Intubation und Tracheotomie sind die gleichen, wenn man je einen Fall tracheotomirt und je einen intubirt. Die Behandlung im Spitale ist zwar wünschenswerth, aber nicht unbedingt nöthig. Im Allgemeinen ist G. ein grosser Fürsprecher für die Intubation. CHIARI.

169) **R. B. Faulkner. Eine Sammelforschung über die Intubation. (A collective inquiry concerning intubation.)** *Phil. med. News. 9. April 1892.*

Der Verf. hat bei verschiedenen Autoritäten Antwort auf folgende von ihm selbst entworfene Fragen eingeholt:

1. Unter welchen Umständen halten Sie bei der Diphtherie die Intubation für nothwendig?
2. Halten Sie bei den Fällen, bei denen bisher die Tracheotomie für ein zweckmässiger Eingriff erachtet wurde, die Intubation für einen passenden Ersatz?
3. Soll man sich nach Ihrer Meinung in Fällen von membranöser diphtheritischer Exsudation stets zur Tracheotomie bereit halten?
4. Was erscheint Ihnen als der stärkste Einwand gegen die Intubation bei Diphtherie? etc. etc.

Die Gesammtheit der Antworten ist von Interesse. Im allgemeinen lässt sich der Inhalt des Artikels am besten in folgendem Auszug wiedergeben:

„Dass die Intubation leicht ist, ist eine der bezüglich dieser Operation noch immer herrschenden Illusionen.“ An anderer Stelle wird gesagt: „Es ist genau so leicht, die Tube in den Kehlkopf zu bringen, wie einen Catheter in die Urethra einzuführen.“ Dazu bemerkt O'Dwyer: „Ein Vergleich der Intubation mit dem Catheterisiren erscheint mir geradezu als ein Verbrechen, denn es ermuthigt jeden, der einen Croupfall in Händen hat, zu einem Versuch, der oft genug dem Pat. das Leben durch Erstickung kosten wird“.

Letzthin starb ein Kind und wurde mit einer Intubationsröhre im Halse begraben. Der Verf. erfuhr später, dass dies der gewöhnliche Fall bei einem Exitus nach der Intubation ist, dass die Kinder mit der Tube im Halse begraben wer-

den. Eine Popularität der Intubation muss mit den allergrössten Bedenken erfüllen. Die Operation ist gefährlich, schwierig, steht unter der Tracheotomie und man kann sich niemals auf dieselbe verlassen. In manchen Fällen ist es buchstäblich wahr, dass das „Leben an einem Faden hängt". Aber wenn die Einschaltung dieses Fadens zwischen das Leben des Pat. und der Ewigkeit alles ist, was der Chirurg thun kann, dann bleibt es doch ein Zeichen äusserster Pflichtvergessenheit, und ist geradezu absurd, sich auf noble Spielereien einzulassen. Keine zweite Operation erscheint a priori so dem gewöhnlichen Gefühl zuwiderzulaufen. In der Hand eines Unerfahrenen — und in dieser Zeit der Gewinnsucht mögen die Medicinalbehörden sich gegenwärtig halten, wie rapide dieses Genus wächst — ist die Ausführung der Intubation das Handwerk eines Schlächters."

LEFFERTS.

170) **J. J. Buchanan. Intubation und Hartgummiröhren. (Intubation and rubber tubes.)** *Med. Standard. Januar 1892.*

B. theilt ein paar Fälle mit, in denen statt der Gummiröhren metallene genommen wurden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

171) **Redactionelle Notiz. Tracheotomie und Intubation. (Tracheotomy and intubation.)** *Maryland Med. Journ. 9. April 1892.*

Die Intubation soll nur ein geschickter Laryngologe ausführen, der über jahrelange Erfahrung in den Manipulationen am Kehlkopf gebietet; dabei sollen die Instrumente für eine augenblickliche Tracheotomie zur Hand sein, weil die Einführung des Intubationsrohres unmittelbare Suffocation herbeiführen kann.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

172) **G. Lewin. Vorstellung einer Dame, welche von ihm vor 28 Jahren tracheotomirt wurde und noch jetzt die Canüle trägt.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1892. No. 2.*

Tracheotomie war gemacht wegen eines grossen Tumors, über dessen nähere Natur nichts feststeht. Das Tragen der Canüle hatte keine irgend bedenklichen Folgen.

LANDGRAF.

173) **F. Lohrstorfer. Ein Bericht über tracheotomirte Fälle. (A record of cases tracheotomized.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 9. April 1892.*

L. schreibt der Intubation ein beschränkteres Gebiet zu als der Tracheotomie, da jene nicht bei ganz kleinen Kindern ausführbar ist. Er selbst berichtet über 7 Tracheotomien mit 3 Heilungen (gleich 43 pCt.)

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

174) **von Donkoff. Tracheotomie ohne Anwendung der Canüle. (Tracheotomy without the use of the tube.)** *N. Y. Medical Record. 23. Jan. 1892.*

Der Verf. hält die Oeffnung einfach durch Ligaturen offen, eine an jeder Seite, die hinten am Halse befestigt werden. Eine Gefahr durch übermässige Spannung besteht nicht; Nachbehandlung ist nur in ganz geringem Masse er-

forderlich. Der Wärter erhält eine Kopfzange und wird angewiesen, jede Membran, die sich in der Oeffnung zeigt, zu entfernen. LEFFERTS.

175) **Péan. Die Technik der Tracheotomie. (Technique de la trachéotomie.)** *Acad. de méd. 21. Juni 1892.*

Anlässlich der Demonstration einer modificirten Tracheotomiecanüle, erhebt Péan eine Reclamation betreffs des Instrumentes, dem mit Unrecht der Name Krishaber's beigelegt ist.

An dem von Mathieu sen. gefertigten Instrumente Péan's ist die innere Canüle zu einem führenden Mandrin mit conischem Ende umgeformt; dieser ist von einem centralen Canal durchbohrt, durch den die Luft in die Trachea eindringt. Um den Mandrin und die Canüle leichter einführen zu können, kann man auf den Mandrin einen Handgriff oder vielmehr einen zweiten Mandrin von einer stärkeren Nummer aufsetzen, der auf jenen Sförmig passt.

Krishaber benutzte den ersten Mandrin von Péan ohne das Handstück, Glover hat wieder die von Péan verlassene Idee aufgenommen, das spitze Ende seines Mandrin schneidend zu machen, um es statt des Bistouri zu gebrauchen.

J. BARATOUX.

176) **J. Gross** (Pest). **Beobachtungen über die Nachbehandlung der Tracheotomirten.** *Orvosi Hetilap. 1891. No. 38.* Excerpt: *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 1.*

Im Stefanie Kinderspitale wurden 1888—1891 incl. 223 Tracheotomien ausgeführt; davon starben 185. Die äussere Kanüle wird 48 Stunden nach der Operation gewechselt; zur Lösung von Schleim und Membranen wird etwas Flüssigkeit in die Trachea eingeträufelt und fortwährend feuchte Luft zugeführt. Die Weglassung der Kanüle erfolgt meist dauernd am Ende der 1. Woche. Als Ursache des erschwerten Decanulement wurden tracheale Granulationen, starke purulente Tracheobronchitis, Parese und Lähmung der Dilatatoren des Larynx, recidivirender Croup und Verkrümmung der Trachealwand beobachtet. CHIARI.

177) **Hoffmann** (Stuttgart). **Laryngoskop für grössere Hausthiere.** *Med. Corr.-Blatt d Württemb. ärztl. Landesvereins. 4. 1892.*

Das Instrument ist ein circa 70 cm langes, auffallenderweise gerades, mit elektrischer Glühlichtbeleuchtung versehenes Endoskop. SEIFERT.

178) **J. M. Bleyer. Neue tubuläre Kehlkopfelektroden und ihre Anwendungsweise. (New laryngeal tubular electrodes and their mode of application.)** *Med. Progress. Januar 1892.*

Die Elektroden sind wie Intubationsröhren gemacht und bestehen der Isolirung halber zum Theil aus Hartgummi; das Ende der Tube ist aus Metall und dient als Elektrode. Die Vorzüge dieser Elektroden sind: Vermeidung des beständigen Krampfes der Kehlkopfmuskeln, gleichmässige Stromzuleitung, keine Störung der Athmung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

179) **P. Mc Bride (Edinburgh). Eine neue Form der Kehlkopfzange. (A new form of laryngeal forceps.)** *Edinburgh Med. Journ. Juni 1892.*

Die Neuerung besteht darin, dass die Enden der beiden Branchen ringförmig gestaltet und facettirt sind, so dass ein äusserer nicht schneidender Rand über den inneren scharfen hinüberragt. Die Zange lässt sich am kürzesten so beschreiben, dass man sagt, jedes der beiden Blätter gleicht einem Politzer'schen Ringmesser, wie man es zur Entfernung von Ohrenpolypen so viel gebraucht. Die Vorzüge dieser neuen Zange sind: Sie ist sehr geeignet zur Exstirpation eines Theiles von einem Tumor behufs mikroskopischer Untersuchung. Der Beschreibung ist eine Abbildung beigegeben. Autoreferat.

180) **J. C. Mulhall. Eine neue Kehlkopfzange. (A new laryngeal forceps.)** *N. Y. Medical Journal. 5. März 1892.*

Es handelt sich um die wohlbekannte Morell Mackenzie'sche Zange mit gewissen Modificationen. In dem Falle, für die sie bestimmt war, handelte es sich um Papillome an der unteren Fläche der Stimmbänder in einem tiefstehenden Kehlkopf, es waren hierfür besonders lange Branchen nöthig. Es stellte sich nun heraus, dass wenn die Branchen in der erforderlichen Länge vom Winkel bis zum laryngealen Ende gerechnet angefertigt wurden — $3^3/_4$ bis 4 Zoll —, dass dann die schneidenden Ränder nicht mehr ganz genau schliessen konnten. Um diesem Uebelstand abzuhelfen, wurde in jedes Blatt $^1/_2$ Zoll vom Winkel entfernt ein Gelenk eingeschoben. LEFFERTS.

181) **Hoffmann (Stuttgart). Ueber intratracheale Injection bei Hausthieren.** *Med. Corr.-Bl. d. Württ. ärztl Landesvereins. 4. 1892.*

In dem vorliegenden Referat ist nicht mehr enthalten als der Titel besagt. SEIFERT.

f. Schilddrüse.

182) **Podack (Königsberg). Beiträge zur Histologie und Function der Schilddrüse.** Inaug.-Dissert. Königsberg 1892.

Die unter Neumann's Leitung angefertigte Arbeit beschäftigt sich zumeist eingehend mit der histologischen Beschaffenheit der Schilddrüse und im Anschluss daran mit physiologischen Betrachtungen über die Funktion der Schilddrüse. Er kommt zu dem Schlusssatze, dass die Aufgabe der Schilddrüse nicht in der Deposition, in der Aufstapelung irgend eines Stoffes, nicht in der Reinigung des Blutes von unnützen oder giftigen Stoffen, sondern vielmehr in der Präparation irgend welcher (vielleicht bestimmter Eiweiss-) Stoffe zum Zwecke weiterer Verwendung im Organismus zu erklicken sei. Woher diese Stoffe stammen und welchem Organ sie dienlich sein sollen, lässt P. unentschieden. SEIFERT.

183) **Victor Horsley** (London). **Bemerkungen über die Function der Schilddrüse. (Remarks on the function of the thyroid gland.)** *Brit. Med. Journ. 30. Jan. und 6. Febr. 1892.*

Eine historisch-kritische Uebersicht über die Schilddrüsen-Frage von vielem Interesse. Die Arbeit, die zahlreiche Beobachtungen des Verf.'s selbst wie vieler anderer Autoren beibringt, enthält wohl alles, was man gegenwärtig von der Schilddrüse weiss. — Nach des Verf.'s Anschauung ist die Schilddrüse ein Gebilde, das in wesentlichen Beziehungen zu dem Blut- und Gewebsstoffwechsel steht. Die Thyreoidea dient der Blutbildung direct wie indirect und scheidet aus dem Blute eine colloide Masse ab, die durch die Lymphbahnen der Circulation wieder zugeführt wird. MACKENZIE-JOHNSTON.

184) **X. Die Functionen der Schilddrüse. (Le funzioni della tiroide.)** *La Riforma Medica. 19. Febr. 1892.*

Eine compilatorische Arbeit. CARDONE.

185) **Raimondo Canizzaro. Ueber die Function der Schilddrüse.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 9.*

C. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Schilddrüse bildet eine für die Function des Nervensystems nothwendige Substanz.
2. Diese Substanz muss im Blute aller Thiere existiren und ist nur bei den Thieren in unzureichender Menge vorhanden, welche nach Exstirpation der Schilddrüsen sterben.
3. Es müssen bei jedem Thiere ausser der Schilddrüse noch andere Organe existiren, welche dieselbe Function ansüben.
4. Das Product der Schilddrüse scheint sich, ausser im Blut, auch in der grauen Substanz vorzufinden, wenn auch in weit geringerer Menge.
5. Das Bromkali hat eine Wirkung auf die Ganglienzellen, die einigermassen derjenigen gleicht, welche durch das thätige Princip der Schilddrüse ausgeübt wird. LANDGRAF.

186) **Leitartikel. Die Folgen der Thyroidectomie beim Hunde. (The effects of thyroidectomy in the dog.)** *Lancet. 27. Febr. 1892.*

Der Leitartikel behandelt die Arbeit von M. E. Gley (Arch. de Physiologie Januar 1892); der Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die G.'schen Versuche, welche den bemerkenswerthen Einfluss, den die Entfernung der Schilddrüse auf das Nervensystem ausübt, in's rechte Licht setzen. MACKENZIE-JOHNSTON.

187) **Neudörfer** (Wien). **Die Kachexia strumipriva (Kocher), das Myxoedème operatoire (Reverdin) und die operative Tetanie (v. Eiselsberg).** *Wiener med. Presse. 1892. No. 8 u. 9.*

Zunächst bringt N. die Geschichte eines mit Myxoedem, cretinartigem Habitus behafteten Menschen, der nach Exstirpation eines einseitigen Kropfknotens

sich körperlich und geistig erholte; auch der Bruder des Kranken soll nach Operation des Kropfes die Zeichen des Myxoedems verloren und sich gut entwickelt haben. Dieser höchst merkwürdigen Beobachtung schliesst N. eine Betrachtung über die Blutgefässdrüsen an; 3 derselben, nämlich Thymus, Hypophysis cerebri und Thyroidea scheinen ihm nicht blos das Mucin zu zerlegen (wie die Thyreoidea) sondern eine entwicklungsgeschichtliche Bedeutung zu haben. Die in der Thyr. und in ihrer Umgebung liegenden sympatischen Nerven hält er für trophische Nerven, welchen eine Wirkung auf die Regulation der Ernährung zuzuschreiben ist. Bei Kropfoperationen können nun manchmal solche sympathischen Nerven zerschnitten, oder gequetscht oder erst nach Monaten durch Narbenbildung comprimirt werden; daher folgt Myxoedem oder Tetanie nur in $^1/_3$ oder $^1/_4$ aller Fälle den Kropfexstirpationen, nämlich nur dann, wenn die sympathischen Nerven in der Schilddrüse oder im Grenzstrang oder im Ganglion cervicale med. verletzt wurden.

Besonders die Hypophysis, die Thymus und die Thyreoidea haben eine temporäre Function, die letztere in Bezug auf die Geschlechtsorgane; temporär ist ihre Function deshalb, weil sie am meisten zur Pubertätszeit bemerkbar ist. Leider lassen sich diese Ideen Neudörfer's, die etwas unklar dargelegt sind, nicht im Auszug bringen und müssen daher im Originale nachgelesen werden.

CHIARI.

188) A. v. Eiselsberg (Wien). **Ueber erfolgreiche Einheilung der Katzenschilddrüse in die Bauchdecke und Auftreten von Tetanie nach deren Exstirpation.** *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 5.*

E. berichtet über 4 Fälle, wo es ihm nicht blos gelang die eine Hälfte der Schilddrüse der Katze derart in die Bauchdecke einzuheilen, dass sie dort als Drüse mit allen ihren Functionen weiterlebte, sondern auch nachzuweisen, dass sie daselbst auch die normale Umwandlung der mucinoiden Stoffwechselproducte besorge und so den Organismus vor Tetanie bewahre. Er exstirpirte nämlich einen Monat nach der ersten Hälfte auch die zweite der Schilddrüse, ohne dass die Katze an Tetanie erkrankte. Als er aber wieder 2 Monate nachher die in den Bauchdecken eingeheilte Schilderüsenhälfte exstirpirte, bekam das Thier ausgeprägte Tetanie und verendete nach 3 Tagen. Die andern 3 Fälle verliefen ähnlich, nur wichen sie in der Zeitfolge der Operationen und in der Zeit des Auftreten der Tetanie von einander ab. Zum Gelingen des Versuches hält v. E. zwei Factoren für wichtig 1) muss absolut aseptisch, ohne Anwendung von Antisepticis operirt werden. 2) muss die exstirpirte Schilddrüse sofort, innerhalb weniger Secunden, in das neue Bett gebracht werden, damit sie nicht abkühle oder gar absterbe. Nach Besprechung der verschiedenen Vorschläge und Versuche an Thieren und Menschen die bereits bestehende Tetanie nach Totalexstirpation des Kropfes oder das Myxoedem zu heilen oder zu bessern, räth v. E. 1) die Totalexstirpation möglichst zu meiden. 2) bei schon bestehender Tetanie Schwitzbäder, vegetabilische Kost und Aufenthalt in Kropfgegenden. 3) bei Lebensgefahr die Transplantation mit den obigen Cautelen. CHIARI.

189) **James R. Whitwell** (Leeds). **Das nervöse Element beim Myxoedem. (The nervous element in myxoedema.)** *Brit. Med. Journ. 27. Febr. 1892.*

Verf. behandelt mit einer gewissen Ausführlichkeit die klinischen Symptome beim chronischen Myxoedem, die durch eine centrale nervöse Läsion verursacht zu sein scheinen, solche Symptome sind: Gedächtnissschwäche, Langsamkeit des Denkens, Verminderung der coordinatorischen Fähigkeiten, Hallucinationen, Krämpfe etc. etc. Verf. untersuchte das Cerebrum eines wohl ausgesprochenen Falles von Myxoedem und fand in den durch die obere Stirnwindung gelegten Schnitten eine auffällige Veränderung in den Nervenzellen. Die Bilder haben gewisse Aehnlichkeit mit dem, was der Verf. im Hirn von Epileptikern gefunden hat und was er als nucleäre Vacuolation in den Nervenzellen anspricht.

MACKENZIE-JOHNSTON.

190) **Wallace Beatty** (Dublin). **Ein Fall von Myxoedem erfolgreich behandelt durch Massage und subcutane Injectionen von Schafsschilddrüsensaft. (A case of myxoedema successfully treated by massage and hypodermic injections of the thyroid gland of a sheep.)** *Brit. Med. Journal. 12. März 1892.*

Bei der Patientin, einer Frau von 45 Jahren, hatten sich in den letzten fünf Jahren eine Reihe von Symptomen ausgebildet, die die Diagnose auf Myxoedem sicher stellten. Es wurde eine regelrechte Massagebehandlung 6 Wochen lang durchgeführt mit einem wenn auch sehr kleinen, doch sicheren Erfolge. Dann aber entschloss man sich den Saft von Schafsschilddrüse in der jüngst von Murray beschriebenen Weise zu injiciren. Der Effect dieser Therapie wird als wunderbar geschildert; die Besserung begann innerhalb einer Woche und nach zwei Monaten befand sich die Patientin vollständig wohl. MACKENZIE-JOHNSTON.

191) **John Macpherson** (Stirling). **Bericht über einen Fall von Myxoedem, behandelt durch Implantation von Schilddrüse. (Notes on a case of myxoedema treated by thyroid grafting.)** *Edinburgh Med. Journal. Mai 1892.*

Die Implantation wurde in der Gegend über der Mamma ausgeführt; es folgte deutliche Besserung. Der Pat. wurde in der Medico-Chir. Society vorgestellt; in der Discussion berichtete Dr. Lundie, dass er ebenfalls bei einem Patienten durch die Injection eines Extractes von Schafsschilddrüse erhebliche Besserung erzielt habe. P. M'BRIDE.

g. Oesophagus.

192) **Alfred Williams. Tödtliche Blutung infolge von Einkeilung eines Knochens in der Speiseröhre. (Fatal haemorrhage from impaction of bone in oesophagus.)** *Brit. Med. Journal. 6. Febr. 1892.*

W. berichtete über den Fall in der Clinical Society of Manchester. Die Blutung erfolgte 7 Tage nach der Verletzung des Oesophagus durch ein Knochen-

stück. Bei der Section fand sich eine enge Perforation des Oesophagus in die Aorta.
MACKENZIE-JOHNSTON.

193) **Romniciann (Bukarest). Fremdkörper des Oesophagus bei Kindern.** *Wien. med. Zeitung. 1892. No. 20, 21, 22 u. 23.*

Klinische Vorlesung, die auf Grundlage eigener reicher Erfahrung und der Literatur ausgearbeitet ist, aber nichts Neues bringt. R. warnt mit Recht vor gewaltsamen Extractionsversuchen und fordert, dass man sich womöglich über die Form des Fremdkörpers informire und dementsprechend vorgehe. Die Prognose ist immer zweifelhaft wegen Möglichkeit einer Mediastinitis, Blutung oder Stenose der Luftwege. Die Entscheidung, ob die Fremdkörper in den Luft- oder Speisewegen sitzen ist oft schwer.
CHIARI.

194) **L. Alexandrow (Moscau). Oesophagotomie bei einem Kinde wegen eines Fremdkörpers in der Speiseröhre. (Oesophagotomia pri inorodnom tele pischeweda u rebenka.)** *Boln. gazet. Botk.*

Einem Knaben, der einen Knopf verschluckt hatte, wurde am 7. Tage nach dem Verschlucken die Oesophagusexstirpation gemacht und der Knopf entfernt. Heilung per secund.
LUNIN.

195) **Robert Abbe. Eine im unteren Theile des Oesophagus eingeklemmte Zahnplatte nach über 1jährigem Verweilen durch die äussere Oesophagotomie entfernt. (A tooth plate lodged in the lower oesophagus more than a year removed by external oesophagotomy.)** *N. Y. Med. Journal. 9. März 1892.*

Der gewöhnliche 3 Zoll lange Schnitt wurde so tief als möglich an der linken Seite am Rande des Sternocleidomastoideus angelegt. Der Omohyoideus wurde durchschnitten und ebenso die Art. thyreoidea superior. Der seitliche Lappen der Schilddrüse fand sich rings um den Oesophagus bis an dessen hintere Fläche herumgeschlagen und es verursachte einige Verzögerung, bis man auf diese kam. Die oberflächlichen baumartig verzweigten Gefässe leiteten sicher bei der Freipräparirung des Oesophagus, der durch den Drüsenlappen vollständig dem Gesicht entzogen war. Ein breites, leicht gekrümmtes metallenes Bougie wurde vom Munde aus eingeführt, um den Oesophagus prominent zu machen. A. schnitt nun diesen vertical in einer Ausdehnung von $1\,^1/_4$ Zoll ein und fühlte mit dem durch diesen Schnitt eingeführten Finger die Zahnplatte $1\,^1/_2$ Zoll tief unterhalb der Incisura interclavicularis. Während der Extraction wurden die Ränder des Oesophagusschnitts durch Seidenfäden auseinandergehalten. Mittelst einer langen gebogenen Kornzange und mit Hülfe eines Fingers der anderen Hand, welcher die sich einklemmenden Haken der Platte mehreremale während des Herausziehens zu lösen hatte, wurde der Fremdkörper rasch entfernt. Die Platte lag quer mit der concaven Fläche nach oben, die falschen Zähne waren nach vorn gerichtet. Der Oesophagus zeigte eine spindelförmige Erweiterung, in der sich die Platte bewegen konnte. Nach der Extraction liess sich eine starke Magensonde ohne Schwierigkeit in den Magen einführen.
LEFFERTS.

196) **M. H. Richardson. Ein Fall von totaler Obliteration des grösseren Theils des Oesophagus zweifelhaften Ursprungs. Oesophagotomia externa und Erweiterungsversuche. Tod. (A case of total obliteration of the oesophagus trough the greater part of its course of doubtful origin; external oesophagotomy and attempts at dilatation; death)** *Boston Med. and Surg. Journal. 21. Januar 1892.*

Der Pat. war ein 3 Jahre altes Kind. Der Verschluss war plötzlich eingetreten, ohne dass sich eine Ursache dafür finden liess. W. J. SWIFT (LEFFERTS)

197) **David Newman** (Glasgow). **14 Fälle von Oesophagusstrictur, darunter 4 mit glücklicher Ausführung der Gastrotomie. (Stricture of the oesophagus with fourteen illustrative cases in four of which gastrostomy was successfully performed.)** *Lancet. 2., 9. u. 23. Jan., 13. u. 20. Febr. 1892.*

Drei klinische Vorträge, gehalten in der Glasgow Royal Infirmary. In den ersten zwei Vorträgen wird die Aetiologie, die Pathologie und die allgemeine Prognose der Krankheiten behandelt, die zur Behinderung des Schluckens führen. Der letzte Abschnitt bespricht die Behandlungsmethoden, die zur Linderung der Beschwerden oder zur Erhaltung des Daseins verwendet werden können.

MACKENZIE-JOHNSTON.

198) **A. Dixon. Ein Fall von Gastrotomie wegen undurchgängiger Strictur des cardialen Endes des Oesophagus. Heilung und nachträgliche Erweiterung der Strictur durch retrograde Dilatation. (A case of gastrostomy for impermeable stricture of the cardiac end of the oesophagus. Recovery. Subsequent dilatation of the stricture followed by retrograde dilatation.)** *Journal Am. Med. Assoc. 9. Januar 1892.*

Eine ausführliche Beschreibung des Falles, der weiter kein laryngologisches Interesse darbietet. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

199) **Knox** (Glasgow). **Gastrotomie in einem Falle von maligner Oesophagusstrictur. (Gastrostomy in a case of malignant stricture of the oesophagus.)** *Glasgow Med. Journal. Januar 1892.*

Vorstellung des operirten Patienten. P. M'BRIDE.

200) **Dollinger** (Pest). **Präparat einer wegen Oesophagusstrictur gemachten Gastrotomie.** Demonstrirt in der Gesellsch. d. Aerzte in Pest am 19. März 1892. *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 13.*

Die Lymphdrüsen neben der Krebsstrictur in der Höhe der Bifurcation waren frei von Krebs. CHIARI.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. Berlin, November. 1892. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **J. Baratoux. Praktischer Leitfaden zur Untersuchung von Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. (Guide pratique pour l'examen des maladies du larynx, du nez et des oreilles.)** Mit Abbildungen im Text und einem Atlas von 186 Bildern. — *Société d'éditions scientifiques. Paris 1892.*

Das Handbuch ist für Studirende und Aerzte bestimmt, die sich mit den Krankheiten der Ohren, der Nase, des Halses und des Kehlkopfes vertraut machen wollen.

In den beiden ersten Kapiteln behandelt der Verf. die Laryngoskopie, die Rhinoskopie und Otoskopie in Bezug auf die allgemeine Methodik der Untersuchung und der Beleuchtung: die Lichtquellen, die Concentration des Lichtes, die directe und die Reflexbeleuchtung. Er giebt der letztgenannten Beleuchtungsmethode den Vorzug und bedient sich einer Gaslampe, die durch einen mit einem Reflector und einer Concavlinse versehenen Metallcylinder geschützt ist.

In den folgenden Kapiteln werden die verschiedenen Speculum- und Spiegelarten abgehandelt, ferner die Untersuchungstechnik; dann das normale Aussehen der Nasenhöhle bei vorderer und hinterer Rhinoskopie und das normale Bild des Kehlkopfs.

Dann bespricht Verf. die Aetiologie und die Symptome der Nasen- und Kehlkopfkrankheiten, sowie die hauptsächlichsten der in Frage kommenden Behandlungsweisen: Pinseln, Douchen, Einstäuben, Gurgeln, die Inhalation und Insufflation, die caustischen und elektrischen Methoden, die Massage, die Anaesthetisirung, die Kälte- und Wärmeapplication u. s. w. u. s. w.

Nach ganz analogem Plan werden hiernach die Ohrenkrankheiten abgehandelt.

Am Schluss des Buches findet sich ein Atlas mit den Abbildungen zahlreicher von französischen oder fremden Specialärzten empfohlener Instrumente

und Apparate, die freilich nicht alle für das Studium und die Behandlung der verschiedenen Specialerkrankungen nöthig sind. Autoreferat.

2) **R. Cimmino** (Neapel). **Statistischer Bericht über das Krankenmaterial des Ambulatoriums des Prof. Cozzolino für Krankheiten des Ohres, der Nase und des Halses im Schuljahre 1890—91. (Resoconto statistico degli ammalati presentatisi nell' anno scolastico 1890—91 etc. etc.)** *Bolletino delle malat. di gola etc. Februar-März 1892.*

Nase = 245 Fälle.

Fremdkörper	2
Spontane Verbiegungen des Septum mit erheblicher einseitiger Stenose	3
Eczem am Naseneingang	11
Atresie der Nasenlöcher durch Windpocken	2
Chronische Rhinitiden	163
darunter: Einfache Hypertrophie der Nasenmuscheln 23 mal	
Papillomatöse Degeneration 2 „	
Myxomatöse Degeneration 7 „	
Ausbreitung auf den Nasenrachenraum 24 „	
Ausbreitung auf die Ohrtrompeten und die Paukenhöhle 30 „	
Ausbreitung auf Kehlkopf und Luftröhre 4 „	
Scrophulöse Rhinitis und ihre Folgezustände	22
Rhinitis atrophicans	4
Ozaena oder bakterielle Scrophulose der Nase	3
Syphilitische Processe	9
Multiple Myxome	15
Nasenbluten	6
Chronische Eiterung der Nasenhöhlen: (Stirnhöhle 1 mal, Siebbeinhöhle 1 mal, Kieferhöhle 3 mal)	5

Mund = 14 Fälle.

Gummöse Infiltration der Oberlippen	1
Osteo-periostitis an den Zahnalveolen	1
Soor	1
Papillom der Zunge	1
Gummöse Infiltration des harten und weichen Gaumens	10

Hals = 135 Fälle.

Mandeln:	Acute folliculare Mandelentzündung	7
	Abscesse	3
	Chronische allgemeine u. lacunäre Tonsillitis	15
	Einfache lymphatische und bindegewebige Hypertrophie	32
	Gummöse Infiltration	3

	Myxo-Sarcom	1
	Polyp der rechten Mandel (vesiculäres Myxom)	1
Rachen:	Acute Pharyngitis	2
	Chronische Pharyngitis und ihre Folgen . .	23
	Trockene atrophische Pharyngitis	10
	Granuläre Pharyngitis	2
	Granulationen	6
	Syphilitisches Erythem	4
	Diphtherie	2
	Retropharyngealabscess	1
	Chronisch-catarrhalische Pharyngo-Laryngitis	6
Gaumensegel:	Syphilitisches Erythem	3
	Gummöse Infiltration	2
	Hypertrophisches und verlängertes Zäpfchen .	2
	Papillom des Zäpfchens u. der Gaumenbögen	2
Catarrh der Nasenrachenraumhöhle		8

Kehlkopf = 28 Fälle.

Einfache catarrhalische Laryngitis und ihre Ausgänge . .	8
Lähmung des linken Stimmbandes	2
Parese der Stimmbandspanner	1
Kehlkopftuberculose	10
Kehlkopfcroup (Tracheotomie, Tod)	1
Gummöse Syphilis des Kehlkopfs	3
Multiple Myxome des Kehlkopfs	1
Fremdkörper	1
Abscess des subhyoidealen Schleimbeutels	1
Hypertrophie der Schilddrüse	1
Haut-Luftröhrenfistel nach Tracheotomie	1

Zum Schluss giebt Verf. einige Betrachtungen über die wichtigeren klinischen Fälle und die bei ihnen angewandte Therapie, ferner über die vorgenommenen Operationen etc.

CARDONE.

3) **G. Ficano (Neapel). Statistischer Bericht über die im Hospital von Palermo während des Jahres 1891 beobachteten und behandelten Ohren-, Nasen-, Hals- und Kehlkopfkrankheiten. (Rendiconto sommario delle malattie d'orecchio, naso, gola e laringe etc. etc.)** *Bollettino delle malattie di gola etc. April 1892.*

Es kamen zur Beobachtung:

Affectionen der Nase und des Nasenrachenraumes:

Eczem der Nasenlöcher	28
Catarrhalische Rhinitis	79
Summa	107

Uebertrag	107
Trockene Rhinitis oder Ozaena	8
Hypertrophie der Nasenschleimhaut	21
Abscesse der Nasenhöhlen	3
Syphilis der Nase	14
Adenoide Vegetationen	11
Spontanes Nasenbluten	4
Tumoren	2
Anosmie	2
Summa	172

Affection des Rachens und der Mundhöhle:

Catarrhalische und andere Pharyngitiden	113
Acute (catarrhalische, folliculäre, phlegmonöse) Tonsillitis	20
Chronische (hypertrophische) Tonsillitis	15
Aphthen	4
Syphilis	22
Tuberculose	2
Fremdkörper	4
Vergrösserung des Zäpfchens	4
Glossitis	1
Gingivitis	4
Summa	189

Affectionen des Kehlkopfes und der Luftröhre:

Catarrhalische Laryngitis	66
Kehlkopftuberculose	24
Syphilis des Kehlkopfs	7
Gutartige Tumoren	5
Maligne Tumoren	1
Nervöse Krankheiten des Kehlkopfes	7
Hysterische Aphonie	2
Catarrhalische Luftröhrenentzündung	4
Summa	116

Es schliessen sich an diese tabellarische Zusammenstellung Betrachtungen über einzelne Fälle etc. etc. an.

CARDONE.

4) **Ad. Levy** (Kopenhagen). **Mittheilungen über die Wirksamkeit der Klinik und Poliklinik für Krankheiten des Ohres, der Nase, des Schlundes und des Kehlkopfes in dem Garnison-Krankenhause zu Kopenhagen während der Jahre 1888 bis 1890. (Redegjörelse for Virksomheden ved Köbenhavns Garnisonssygehus' Klinik og Poliklinik for Ore-, Näse-, Svälg- og Strube Sygdomme i Treaaret 1888—90.)** *Hospitals Tidende. 1892. p. 152.*

Der Bericht umfasst 1408 Patienten.

SCHMIEGELOW.

5) **Grimm (Marienbad). Eine seltene Geschwulstbildung am Halse. (Kiemenganghautauswuchs mit knorpeligem Gerüste.)** *Prager med. Wochenschr. 1892. No. 10.*

G. demonstrirt ein Vogelkirschengrosses Gebilde aus Haut und Knorpel bestehend, welches nach aussen vom Kopfnicker am Halse eines Kindes aufsitzt. Dasselbe ist als Rest des foetalen Knorpels des zweiten Kiemenbogens anzusehen. Es wurde später exstirpirt. G. erwähnt aus der Literatur besonders die Arbeiten von Rabl und von Julius Schnitzler.

CHIARI.

6) **Chalot. Radicalbehandlung der angeborenen Halsfisteln. (Cure radicale des fistules congenitales du cou.)** *Soc. de chirurgie de Paris. 6. April 1892.*

Die äussere Oeffnung der Fistel war $2\frac{1}{2}$ cm vom inneren Ende der Clavicula entfernt; die innere Oeffnung sass hinter und oberhalb der Tonsille. Der Fistelgang maass ungefähr 11 cm. Verf. schloss die innere Oeffnung und exstirpirte dann den Fistelgang bis in die Höhe des Zungenbeins. An diesem gefährlichen Punkte des Canals angelangt, nahm Verf. von einer weitergehenden Exstirpation Abstand und machte statt dessen nur ein Curettement des Restes des Canals.

J. BARATOUX.

7) **J. Price. Die Exstirpation der Parotisdrüse. (The removal of the parotid gland.)** *Practice. Februar 1892.*

In vielen Fällen ist nicht die ganze Drüse entfernt worden, wie aus der Etablirung einer Speichelfistel zu sehen ist. — P. hat in 6 Fällen operirt; er erhielt nur einmal eine Speichelfistel, die auch nur kurze Zeit bestand.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) **C. L. Leonard. Exstirpation der Ohrspeicheldrüse wegen maligner Wucherung mit Unterbindung der Carotis externa. Heilung. (Extirpation of the parotid gland for malignant growth with ligation of the external carotid artery. Recovery.)** *University Med. Magazine. Juni 1892.*

Die Kranke war eine 70jährige Frau mit tuberculöser Familienbelastung. Die Erkrankung der Drüse bestand etwa seit einem Jahre.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

9) **G. Nuvoli. Aneurysma in der Regio parotidea; Unterbindung der Carotis externa, der Thyreoidea superior, der Art. lingualis, der Maxillaris externa, der Art. occipitalis und der Temporalis superficialis; Heilung.) (Aneurisma nella regione parotidea. Allaciatura della carotide esterna, della tireoidea superiore, della linguale, della mascellare esterna, dell' occipitale e della temporale superficiale. Guarigione.)** *La Riforma Medica. 2. Febr. 1892.*

Es handelte sich um ein traumatisches Aneurysma, entstanden durch eine Hiebwunde; dasselbe war nussgross.

CARDONE.

10) **H. Chiari (Prag). Geschwulstbildung am Kopfe.** Demonstration in dem Verein deutscher Aerzte in Prag am 15. Januar 1892. — *Prager med. Wochenschrift. 1892. No. 3.*

Ein Doppeltumor von je Mannsfaustgrösse in der Gegend des linken Stirn-

beins einerseits und der linken Orbita und des linken Jochbeines andererseits hing durch eine 6 cm im Durchmesser haltende Lücke im Stirnbeine mit einem ebenfalls Mannsfaustgrossen Tumor im Schädelraume zusammen und war in den linken Sinus frontalis durchgebrochen, wo er 2 haselnussgrosse Höcker bildete. Der linke Bulbus war zerstört und verdrängt; das Chiasma nerv. optic. platt gedrückt. Der Tumor erwies sich als Spindelzellensarkom mit Riesenzellen.

CHIARI.

11) **H. E. Skyrme** (Cardiff). **Ein Fall von Hemiatrophie des Gesichts. (Case of hemiatrophy of the face.)** *Brit. Med. Journ. 26. März 1892.*

Die Atrophie betraf in dem vorliegenden Falle die Haut, das Unterhautbindegewebe, die Muskeln und Ober- und Unterkiefer, deren Zähne ausgefallen waren. Als Ursache der Erkrankung scheint eine Verletzung am Kopf angesehen werden zu müssen, die Pat. erlitt, indem sie mit dem Kopf zwischen den Stäben eines eisernen Gitters eingeklemmt wurde. Die Pat. ein jetzt 7jähriges Mädchen, war zur Zeit des Unfalls 3 Jahre alt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

12) **Lombroso u. Ardu. Einige Anomalien des Hinterhauptbeins beim Menschen. (Sopra alcune anomalie del' osso occipitale dell' uomo.)** *R. Acad. Med. de Turin. Gazzetta degli Ospitali. 11. Febr. 1892.*

Die Verff. berichten über ihre Untersuchungen an der Schädelsammlung des Museums für gerichtliche Medicin der Universität Turin; dieselben erstrecken sich auf einige noch nicht genügend studirte Anomalien an der Schädelbasis, nämlich den dritten Condylus occipitalis, die Fossa pharyngea etc. etc. Bezüglich der Schlussfolgerungen, zu denen die Verff. gelangen, verweisen wir auf das Original.

CARDONE.

13) **Mc Call Anderson** (Glasgow). **Bericht über Fälle von intrathoracischen Tumoren, hereditärer Syphilis etc. (Notes on cases of intra-thoracic tumour, hereditary syphilis etc.)** *Glasgow Med. Journ. Febr. 1892.*

In dem einen Fall machte eine wahrscheinlich syphilitische Geschwulst in der rechten Thoraxhälfte eine Parese des Kehlkopfes, während an der entgegengesetzten Seite im Kehlkopf eine verheilte Ulceration zu sehen war. In einem anderen Falle von hereditärer Lues bestand eine Ulceration in der Nase.

P. M'BRIDE.

14) **Neumann** (Wien). **Ueber extragenitale syphilitische Genital-Affecte.** *Intern. klin. Rundschau. 1892. No. 15.*

N. beobachtete in 10 Jahren 88 extragenitale Sclerosen, darunter 18 an der Ober- und 28 an der Unterlippe, 8 am Mundwinkel, 1 an der hinteren Rachenwand und am linken Gaumenbogen, 2 an den Mandeln, 3 an den Nasenflügeln. In der Literatur fand N. 613 Fälle verzeichnet. Die Infection erfolgt direct durch Kuss, Biss etc. oder indirect durch verunreinigte Instrumente. In Frankreich und Russland soll die Zahl der extragenitalen Infection eine sehr grosse sein.

Der Verlauf der Syphilis war weder durch Schwere der Formen noch besondere Hartnäckigkeit der Recidiven ausgezeichnet.

CHIARI.

15) **Laborde. Ein neues Hülfsmittel bei Scheintod durch Ertrinken. (Sur un nouveau moyen de rémédier à la mort apparente par submersion.)** *Academie de medecine. 5. Juli 1892.*

Das Verfahren besteht darin, dass man die Zunge stark hervorzieht, indem man die Kiefer auseinander klemmt, und dann mit der Zunge energische Bewegungen von vorn nach hinten ausführen lässt.

Die Wirkung und die Bedeutung dieses Manövers beruhen hauptsächlich auf dem mächtigen Effect, den die Reizung der Zungenbasis und vor allem der Zug an der Zunge reflectorisch auf den Athemmechanismus ausüben. Diese Traction kann übrigens in einem gewissen Rhythmus ausgeübt werden, entsprechend in gewissem Sinne dem Rhythmus der Function, die hierdurch wiederbelebt werden soll. J. BARATOUX.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **E. L. Mann. Die Nothwendigkeit der Nasen-Athmung. (The necessity of nasal respiration.)** *Journ. Ophthalm., Otol. and Laryngol. Januar 1892.*

Die Nasenathmung ist von Bedeutung für die richtige Stimmbildung, für den Geruch und für das Gehör, weit wichtiger jedoch für die Erhaltung der Integrität des gesammten Respirationstractus und die Herabsetzung der Empfänglichkeit für Hals- und Lungenkrankheiten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) **Moritz Schmidt. Ueber das Ansaugen der Nasenflügel** *Dtsch. med. Woch. 1892. No. 4.*

Hinter jeder engen Stelle des Athmungsweges tritt bei jeder Einathmung eine Luftverdünnung ein, die in ihrem Bereich eine Aussaugung von Blut zur Folge hat. Dies der Grund, weshalb bei chronischer Kehlkopfstenose Hyperämie der Trachealschleimhaut mit vermehrter Schleimabsonderung eintritt. Bei Verengerungen der Nase, die erst im späteren Alter eintreten, wird, falls nicht die Mundathmung zu Hilfe genommen wird, oft durch die Hyperämie ein völliger Verschluss der noch bestehenden Oeffnung bedingt, und auf dieser Ursache beruhen manche Fälle von nächtlichem Asthma. Zu den häufigeren Ursachen der Nasenverengerung gehört das Ansaugen der Nasenflügel, das bedingt wird durch eine Erschlaffung der Nasenwände, eine mangelhafte Thätigkeit der Mm. dilatatores und levatores alae nasi, die sich im Schlaf in erhöhtem Maasse geltend macht, oft aber selbst erst Folge mangelnder Uebung ist, z. B. bei adenoiden Vegetationen. Dies Ansaugen der Nasenflügel kann zu Migräne, Aprosexie, Asthmaanfällen führen, hat gewöhnlich minder schwere Folgen — Schwellung der Schleimhaut, vermehrte Schleimabsonderung, Ohrensausen etc.

Hilfe gewährt das Feldbausch'sche Instrument, von dem eine Abbildung beigefügt ist. (Feldbausch, Wiesbaden oder Tasch, Berlin, Oranienburger-Strasse 27 verkaufen die Instrumente zu 2,50 M.) LANDGRAF.

18) **Ott** (Prag). **Demonstration eines Apparates gegen das Ansaugen der Nasenflügel.** *Prager med. Wochenschr. 1892. No. 11.*

Der Apparat besteht aus einem schlittenförmig gebogenen Draht mit zwei Kugeln am Ende und wird sehr leicht ertragen. CHIARI.

19) **R. F. Weir. Wie man eingesunkene Nasen aufrichtet. (How to raise sunken noses.)** *N. Y. Med. Record. 26. März 1892.*

Verf. berichtet über zwei Fälle. Der erste betrifft eine junge Dame, deren Nase durch das Fehlen der Nasenscheidewand eingesunken war. W. machte eine Incision unter der Lippe und war im Stande, eine Platinabrücke einzuführen, die die Haut emporhielt, während sie sich zu beiden Seiten der Nasenapertur stützte. Morton verfügt über Fälle, in denen diese Brücke 4 Jahre lang liegen blieb. In einem Falle von W. liegt die Brücke bereits 1 Jahr, der andere ist erst vor 5—6 Wochen operirt worden. Die Haltung der Nase ist eine zufriedenstellende und es fehlen die hässlichen Narben, welche bei anderen Operationen unvermeidlich sind. LEFFERTS.

20) **K. G. Lennander** (Upsala). **Ein Fall von Elephantiasis tuberosa nasi. (Ett fall af elephantiasis tuberosa nasi.)** *Upsala Läkaref. Förh. 1891. XXVI. 156—157.*

Die Krankheit hatte sich auf der Basis einer Acne rosacea im Laufe von 10 Jahren entwickelt und durch bedeutende Geschwulstbildung die Nase in ausgesprochener Weise defigurirt. Excision der entstellenden Partien. Ueberhäutung der Wundflächen mittelst Hauttransplantation. Illustrirende Abbildungen sind der Arbeit beigegeben. SCHMIEGELOW.

21) **C. A. Powers. Die Thiersch'sche Transplantationsmethode bei plastischen Operationen an der Nase. (The Thiersch method of grafting in plastic operations on the nose.)** *N. Y. Med. Journ. 9. Jan. 1892.*

P. stellte der N.-Y. Academy of Medicine am 9. November 1891 eine Frau vor, die er wegen eines hervorspringenden vasculären Papilloms an der Nase operirt hatte. Er hatte drei frische Hautläppchen vom Arm genommen, die Wunde war vollständig verheilt. Bei früheren Gelegenheiten hatte P. an Stellen, an denen sich die Haut nicht heranziehen liess, einen einzelnen grossen Hautlappen verwandt; zweimal waren diese Lappen nicht angewachsen. Er konnte für dieses Resultat nur den Umstand verantwortlich machen, dass die Nähte die Blutzufuhr gestört hatten. Wo ein einzelner Lappen aber zum Haften zu bringen ist, da hält er dies des besseren kosmetischen Effectes wegen für besser. Nimmt man den Lappen vom Arm, so führt man ein Hautstück ein, dessen Färbung von der Stelle, die es einnehmen soll, etwas abweicht. LEFFERTS.

22) **Albert** (Wien). **Demonstration einer Kranken mit Epitheliom der Nasenwurzel, die seit Wochen von Adamkiewicz mit dessen Geheimmittel behandelt worden war.** Gesellsch. d. Aerzte in Wien. 12 Febr. 1892. — *Wiener klin. Wochenschr. 1892. 7.*

A. bespricht gewisse Veränderungen am Carcinom, welche Adamkiewicz

als Folgen seines Mittels ansieht, die Albert aber als leichten Zerfall und Erysipel betrachtet. Ueberhaupt sei mit Adamkiewicz keine Discussion möglich, da er Alles anders sehe und deute als die Chirurgen; so behaupte er, etwas sei weich, was alle anderen Aerzte als hart bezeichnen etc. Auch zeige er alle Fälle nur, wann es ihm beliebe; er solle daher die Fälle vor, während und nach der Behandlung zeigen. Referent sah auch 2 andere Fälle von Carcinom, die Adamkiswicz als in Besserung befindlich darstellte, konnte aber, sowie alle anderen Aerzte, nichts davon bemerken. CHIARI.

23) **Ino. O. Roe. Der Nasencatarrh bei Kindern und die Wichtigkeit seiner zeitigen Behandlung. (Nasal catarrh in children: importance of early treatment.)** *N. Y. Med. Record. 6. Febr. 1892.*

R. erklärt am Schlusse seiner Arbeit, dass jeder Zustand der Nasenwege, der zur Verstopfung derselben führe oder normaler Weise getrennte Theile in Berührung mit einander bringt und sich durch einen Ausfluss zu erkennen giebt, beseitigt werden müsse. Eine gleichzeitig bestehende Dyscrasie oder eine Schwäche des Allgemeinsystems müsse sorgfältig in Rechnung gezogen werden. Die Vernachlässigung catarrhalischer Zustände bei Kindern führt oft zu den ernsthaftesten Consequenzen, zu respiratorischen Störungen oder bleibender Taubheit. LEFFERTS.

24) **L. Polyak** (Pest). **Eine nicht beschriebene Form von Coryza professionalis.** Demonst. i. d. G. d. Aerzte in Budapest. Sitzung vom 4. Juni 1892. — *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 25.*

Durch Einathmung von fein zerstäubtem Broncepulver beim Bronziren von Drucksorten entstanden bei der 40jährigen, syphilitischen Patientin grosse Defecte im Septum, den Muscheln mit weiter Eröffnung der Highmorshöhlen und Geschwüre an vielen Stellen; überall Belag von Broncepulver. Ref. kann sich nicht des Gedankens entschlagen, dass doch die Syphilis die Hauptursache der geschwürigen Processe war. CHIARI.

25) **E. L. Crutchfield. Acuter Catarrh der Nase und des Nasenrachenraums. (Acute catarrh of the nose and post-nares.)** *Gaillard's Medical Journal. Mai 1892.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **Redactionelle Notiz. Coryza und die Axe des Astigmatismus. (Coryza and the axis of astigmatism.)** *N. Y. Med. Record. 4. Juni 1892.*

Die Notiz beschäftigt sich mit einem Fall, den wir nach dem Bericht in der Philad. Med. News bereits referirt haben. LEFFERTS.

27) **Redactionelle Bemerkung. Behandlung der acuten Coryza. (Treatment of acute coryza.)** *St. Louis Clinique. März 1892.*

Es werden eine Reihe Recepte verschiedenen Ursprungs zusammengestellt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **H. R. Wittwer. Lungenphthise. Emphysem. Hypertrophischer Nasencatarrh. (Phthisis pulmonalis. Emphysema. Hypertrophic nasal catarrh.)** *North Am. Practitioner. März 1892.*

Der Pat. war ein 62jähriger Mann. W. kommt zu dem Schlusse, dass 1. die hypertrophische Rhinitis die primäre Affection war und dass die Hals- und Magensymptome secundär infolge der nasalen Störung sich einstellten. 2. Dass die chronische Bronchitis, die der tuberculösen Erkrankung voranging und die die Hustenparoxysmen verursachte, die Ursache des Emphysems war. 3. Dass die tuberculöse Infection erst jüngeren Datums ist, wahrscheinlich innerhalb der letzten $1^1/_2$ Jahre liegend.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

29) **J. P. Thorne. Hypertrophische Rhinitis. (Hypertrophic rhinitis.)** *Med. Age. 25. März 1892.*

Eine Erörterung der ätiologischen und pathologischen Momente, sowie die Behandlung dieser Krankheit. Neues bringt Verf. nicht bei.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **Flatau** (Berlin). **Electrolytische Behandlung des Schwellungscatarrhs der Nase.** *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 12.*

Fl. empfiehlt die Elektrolyse besonders für Fälle von Hypertrophie der tieferen Schleimhautschichten, wenn die peripheren Schichten nur wenig verdickt sind, da die submucöse Galvanocauterisation nicht sicher und verlässlich wirkt. Nach Cocaininjection wird die bipolare Elektrode parallel dem Knochen eingeführt, dann langsam eingeschlichen bis auf 40 M.-A., und nun 5 Minuten lang der Strom wirkend belassen. Die Reaction war unbedeutend, der Erfolg ein guter bei Erhaltung der Schleimhautoberfläche.

CHIARI.

31) **Scheinmann. Ueber Rhinitis fibrinosa.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 1. Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 2.*

Sch. beobachtete u. A. einen Fall von einseitiger Rhin. fibrin., welcher bei einem Kinde vorkam, in dessen unmittelbarer Umgebung mehrere Fälle von Diphtherie vorangegangen waren.

In der Discussion äusserte sich Henoch für die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um prolongirte Diphtherie gehandelt habe.

LANDGRAF.

32) **H. W. Paige. Rhinitis membranosa. (Rhinitis membranosa.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngol. April 1892.*

Sowohl interne wie lokale Behandlung sind nöthig. Für die letztere empfiehlt Verf. Cocain und Wasserstoffsuperoxyd mit nachfolgender Application eines öligen Präparates.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **Stamm** (Berlin). **Die Aetiologie der Rhinitis pseudomembranacea.** *Arch. f. Kinderheilk. XIV. 3. 4. 1892.*

St. hat in 3 Fällen, in welchen es sich scheinbar um Rhinitis pseudomembranacea handelte, in den Membranen den Löffler'schen Diphtheriebacillus gefunden. St. gelangt durch die Befunde zu der Meinung, dass jene Formen

von fibrinöser Rhinitis, wie sie sich im Anschluss an Schnupfen, Masern etc. zeigen, durch den Löffler'schen Diphtheriebacillus hervorgerufen werden.

SEIFERT.

34) **J. B. Garrison. Rhinitis chronica atrophicans foetida oder Ozaena. (Rhinitis chronica atrophicans fetida or Ozaena.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryng. April 1892.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **Flatau** (Berlin). **Zur Behandlung der Rhinitis atrophicans foetida.** *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 8.*

Fl. entfernt zunächst alle Borken mit einem Zängelchen, dann lässt er einen Spray von 10—15 proc. Wasserstoffsuperoxyd durch mehrere Minuten durchstreichen, wodurch die letzten Secretreste gelockert und leicht entfernbar werden. Dann wird reichlich Jodol insufflirt, und schliesslich wird 10—20 proc. Jodolgaze durch Vaselinelanolin und Paraffinum liquidum durchgezogen und mit einer platten Sonde sorgfältig an die Wände angedrückt. Diese Tamponade wird täglich wiederholt, bis nach 4 bis 6 Wochen die Absonderung besser wird. Später wird eine 5—10 proc. Vaselin-Lanolinsalbe mit Zincum sozojodolicum eingestrichen und Jodol eingeblasen. Die Erfolge dieser leider sehr complicirten Behandlung waren gute. CHIARI.

36) **Jouslain. Behandlung der Ozaena auf electro-chemischem Wege (Kupferchlorür). (Traitement de l'ozène par l'electrochimie [chlorure de cuivre].)** *Soc. d'electrotherapie. 21. April 1892.*

Das Verfahren sucht die elektrolytischen Wirkungen des galvanischen Stroms auf zersetzliche Elektroden und ganz besonders auf das rothe Kupfer sich nutzbar zu machen. Es bildet sich auf der positiven Kupferelektrode ein förmlicher Niederschlag, der aus Kupferoxydchlorür besteht. Dieser Körper scheint in statu nascendi energische antiseptische Eigenschaften zu besitzen. Man führt einen cylindrischen Stab von rothem Kupfer in eine Nasenseite ein, bis er den Pharynx berührt. Derselbe wird dann mit dem positiven Pol der Batterie verbunden und dient als active Elektrode. Die negative Elektrode wird in die andere Seite der Nase placirt und zwar in Gestalt eines Tampons von hydrophiler Watte. J. BARATOUX.

37) **H. Foster. Was kann der allgemeine Praktiker bei atrophischer Rhinitis thun? (How a general practitioner may treat atrophic rhinitis)** *Journ. Am. Med. Assoc. 21. Mai 1892.*

Allgemeine Bemerkungen. Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **H. J. Joins. Glycerin-Wattebäusche bei atrophischer Rhinitis. (Glycerin-cotton pledgets in atrophic rhinitis.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryng. Januar 1892.*

J. erzielte gute Resultate damit, dass er mit Glycerin gesättigte Watte zwei-

mal täglich mehrere Wochen lang in die Nase einführte. Die Watte soll lose eingelegt, die Nase nicht fest austamponirt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **A. R. Anderson** (Nottingham). **Nasale Hydrorrhoe. (Nasal hydrorrhoea.)** *Brit. Medical Journal. 6. Febr. 1892. Lancet. 27. Febr. 1892.*

Verf. berichtete über den Fall in der Nottinghan Med. Chir. Society. Es handelt sich um ein Mädchen von 19 Jahren, die an einem klaren wässrigen Ausfluss aus der linken Nasenseite litt. Dieses Secret kam augenscheinlich aus dem Antrum Highmori, doch wurde es nach Eröffnung der Höhle nicht besser. Später wurde die angelegte Oeffnung erweitert und nun zeigten sich eine Anzahl kleiner Polypen in der Höhle. Die Höhle wurde ausgekratzt und mit Chlorzink geätzt, worauf Heilung erfolgte.

MACKENZIE-JOHNSTON.

40) **Middlemas Hunt. Ernste Symptome infolge von Retention von Nasensecret. (Serious symptoms arising from retention of nasal discharge.)** *Journal of Laryngology. Januar 1892.*

Bericht über einen Fall, in dem ein eitriger Ausfluss aus einem Nasenloch und die gleichzeitige starke Schwellung der Schleimhaut sehr heftige Schmerzen und Symptome verursachten, die man wohl auf ein Empyem der Highmorshöhle hätte beziehen können. Allein nach Entfernung eines Theiles der geschwollenen Schleimhaut und einer grossen Menge käsiger Massen aus der Nase besserte sich der Pat., und es waren bald alle Symptome verschwunden.

MACKENZIE-JOHNSTON.

41) **L. Vaccari. Ein Fall von hartnäckigem Nasenbluten geheilt durch den Gebrauch von Tinctura Hydrastis Canadensis. (Un caso d'epistassi ribelle guarito con l'uso delle gocce d'hydrastis canadensis.)** *Raccoglitore medico. 20. Jan. 1892.*

Die Ueberschrift sagt genug über den Fall.

CARDONE.

42) **A. A. Philip** (Edinburgh). **Nasenbluten: eine leichte und wirksame Methode zur Tamponade. (Epistaxis: an easy and effectual method of plugging.)** *Lancet. 6. Februar 1892.*

Die Methode der Nasentamponade, die P. wählt, ist in diesen Blättern bereits mitgetheilt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

43) **Mounier. Eine seltene Ursache des Nasenblutens. (Cause rare d'epistaxis.)** *France médicale. 6. Mai 1892.*

Das häufig sich wiederholende Nasenbluten ist gewöhnlich bedingt entweder durch Tumoren in der Nase oder durch kleine Varicen und Telangiectasien am Septum. Indessen gewisse Blutungen aus der Nase nehmen ihren Ursprung gar nicht aus der Nasenhöhle selbst, sondern aus dem oberen Theil des Rachens. Dieses Vorkommniss ist häufig bei Kindern mit Nasenrachenraumpolypen (und auch bei Kindern mit adenoiden Geschwüren, möchten wir hinzufügen).

M. beobachtete einen Fall von Nasenbluten, in dem die Blutung aus der Rachenwölbung, aus der Gegend der Luschka'schen Bursa pharyngea stammte.

Das Blut floss aus einem der Divertikel dieser Drüse, die in keiner Weise hypertrophirt war. J. BARATOUX.

44) **Lavrand. Nasenbluten; Tamponade von vorn und hinten und Lokalbehandlung. (Epistaxis: tamponnement antero-posterieur et traitement local.)** *Journ. des sciences med. de Lille. No. 20. 13. Mai 1892. p. 457.*

Die Tamponade von vorn und hinten kann und muss nach Lavrand in der grossen Mehrzahl der Fälle von Nasenbluten nicht traumatischen Ursprungs vermieden werden, ob die Blutung nun idiopathisch oder symptomatisch, ein Zeichen schwerer Allgemeinerkrankung oder einer visceralen Affection sei: 1. weil die Tamponade für den Kranken sehr peinlich und manchmal sogar gefährlich ist; 2. weil die Blutung fast stets in der Nachbarschaft des vorderen unteren Winkels der Nasenscheidewand statt hat und 3. weil der Ort der Blutung, dessen Lage man gut kennt, sich sehr leicht vom Nasenloch erreichen lässt, so dass man mit einem von vorn eingeführten Tampon oder mit irgend einem anderen Mittel oft unschwer das Weiterbluten verhüten kann. J. BARATOUX.

45) **E. B. Gleason. Zur Stillung von Nasenbluten. (The control of nasal hemorrhage.)** *Med. Bulletin. Juni 1892.*

G. empfiehlt die Nase von vorn her mit einem langen Leinwandstreifen, der in einer adstringirenden Lösung getränkt ist, zu tamponiren. Damit das hintere Ende des Tampons sich nicht losmacht und in den Hals hinabhängt, kann man auch zuerst mittelst einer Sonde eine Schleife von weicher Gaze derart in die Nase einführen, dass sie innerhalb der Nasenhöhle eine Art Tasche bildet und dann in diese Tasche Stück für Stück die getränkten Wattebäusche fest hineinpacken.

Von den blutstillenden Mitteln wirkt keines besser, wie gewisse fettige Substanzen, z. B. Fluid cosmoline. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **A. Harkin** (Dublin). **Nasenbluten und Haemorrhoidalblutungen; ihre pathogenetische Einheit und die Identität ihrer Behandlung. (On epistaxis and the haemorrhoidal flux; their pathogenic unity and identity of cure.)** *Dublin Journ. of Med. Science. Juni 1892.*

H. sucht in der Leber die Ursache beider Zustände und räth ein Zugpflaster in der Lebergegend zu appliciren und innerlich Kali chloric. u. Eisen zu geben. Die wirkliche Quelle der Blutung scheint gar nicht aufgesucht zu sein, d. h. die Nase wurde in keinem der Fälle besichtigt. P. M'BRIDE.

47) **Chabory. Der Einfluss der Nasenkrankheiten auf die Athemorgane. (De l'influence des affections nasales sur l'appareil respiratoire.)** *Thèse de Paris. 1892.*

Die Affectionen der Nase haben einen Einfluss auf die Athemorgane durch Reflexwirkung. Hierher gehören Asthma, Heufieber, Husten, Niesen, stridulöse Laryngitis, Glottiskrampf u. a. m. Allein bei allen diesen Affectionen ist jedesmal der wahre Antheil, den die nasale Störung als ursächliches Moment hat, erst zu bestimmen. Sehr häufig haben wir es nur mit Aeusserungen einer allgemeinen

Diathese zu thun, die sich gleichzeitig mit der Nasenaffection entwickelt hat, ohne dass dabei ein Zusammenhang von Ursache und Wirkung besteht. In andern Fälle wiederum ist es die Ausdehnung des pathologischen Processes, dessen Ausgangspunkt die Nasenschleimhaut ist, die man verantwortlich machen muss; so bei gewissen Larxngitiden und Bronchitiden, in Fällen von Larynx- und Lungentuberculose, bei Sclerom des Kehlkopfs. Die Erkrankung der Nasenwege kann in gleicher Weise eine Rolle spielen bei der Entzündung der respiratorischen Schleimhäute und der spasmodischen Erscheinungen seitens der Athemorgane. Deformitäten des Thorax und Lungenemphysem können in gewissen Fällen ebenfalls entfernte Folgen nasaler Affectionen sein. J. BARATOUX.

48) **Stewart. Die Nasenhöhlen und ihre Erkrankungen. (Nasal cavities and their diseases.)** *Brit. Med. Journ. 6. Febr. 1892. Lancet. 27. Febr. 1892.*

Vortrag gehalten in der Nottingham Medico-Chirurg. Society. Details giebt der Bericht nicht. MACKENZIE-JOHNSTON.

c. Mundrachenhöhle.

49) **Thos. R. French. Ein Verfahren zur Verhütung des Mund-Athmens während des Schlafes. (A device to prevent mouth-breathing during sleep.)** *N. Y. Med. Journ. 16. April 1892.*

Das Verfahren besteht darin, dass eine mit Bändern versehene kissenartige Stütze unter das Kinn gebunden wird; die Bänder werden auf dem Kopf durch eine Schnalle verbunden. Auf diese Weise erhält der Unterkiefer die nothwendige Unterstützung. Die beiden Bänder werden durch zwei andere, die an ihnen befestigt sind und am Hinterkopfe zusammengeschnallt werden, in ihrer Lage erhalten. Die Schnalle, die oben am Kopfe zu liegen kommt, ist zur Vermeidung jedes unbequemen Druckes gepolstert, überhaupt ist die ganze Vorrichtung so leicht und elastisch, dass sie gewöhnlich nach ein- oder zweimaligem Tragen nicht die geringsten Störungen mehr macht. LEFFERTS.

50) **J. D. Dunn. Unterbindung der Art. carotis communis bei einem $3^1/_2$jähr. Kinde wegen Blutung bei einem peritonsillären Abscess; Heilung. (Ligature of the common carotid artery in a child $3^1/_2$ years old for hemorrhage following peritonsillar abscess; recovery.)** *University Med. Magazine. Mai 1891.*

Verf. berichtet über den Fall, der bei einem Kinde dieses Alters in der That recht ungewöhnlich ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) **W. M. Scott. Acute Tonsillitis. (Acute tonsillitis.)** *Pittsburg Med. Review. Januar 1892.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

52) **J. Townsend. Tonsillitis. (Tonsillitis.)** *North. Amer. Journal of Homoeop. Mai 1892.*

Die Entwickelung der lacunären Mandelentzündung ist in den meisten Fällen

bedingt durch Adhäsionen zwischen den Mandeln und den Gaumenbögen, welche die Mündungen einiger Lacunen verschliessen und dadurch zur Retention von Secret und entzündlichen Produkten führen. Die letzteren brechen dann durch und es entsteht ein Abscess. Bisweilen entwickelt sich die lacunäre Entzündung aber auch nach der Entfernung der Tonsillen; doch wird man dann fast in jedem Falle finden, dass nur ein Theil der Tonsille entfernt worden ist und dass der wirkliche Sitz der Erkrankung, nämlich die dem vorderen Gaumenbogen adhärente Partie, nicht mit zerstört worden ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

53) **Schnell. Contagiosität der acuten Amygdalitis. (Contagion de l'amygdalite aigue.)** Comité Médical des Bouches du Rhône. — *Echo médical. 1892. p. 199.*

Verf. berichtet über einen Fall von Contagiosität der acuten Amygdalitis bei 5 Personen, die in einem Hause wohnten und vielfach mit einander in Berührung kamen (Vater, Mutter, Tochter, Freundin und Arzt). J. BARATOUX.

54) **Eloy. Die Contagiosität der acuten Amygdalitis und ihre Behandlung. (Contagiosité de l'amygdalite aigue et son traitement.)** *Revue gener. de clinique. 1892. p. 291.*

Stets bakteritischen Ursprungs, gelegentlich contagiös und infectiös, muss die acute Amygdalitis nach folgenden Grundsätzen behandelt werden: Desinfection des Mundes; Zerstörung der zu grossen Mandeln; Isolirung der Kranken; locale Antiseptik durch Gurgeln oder Pinseln; interne Antiseptik (Salol, Naphthol, Salicylate etc.). J. BARATOUX.

55) **Legendre u. Claisse. Purpura und Erythema papulo-nodosum im Verlauf einer Streptokokken-Amygdalitis. (Purpura et erythème papulo-neueux au cours d'une amygdalite à streptocoques.)** *Semaine méd. 1892. p. 10.*

Auf der Tonsille fand sich ein ulceröser Plaque, bedeckt mit einem graulichen, leicht ablösbaren Exsudat. Als Ursache desselben ergab sich das Vorhandensein von Streptococcen. Im Verlaufe der Erkrankung trat in mehreren Schüben ein Purpura-Ausschlag ein und ein papulöses Oedem, das ca. 20 Tage bestand. J. BARATOUX.

56) **Le Gendre. Mandelentzündung und Hautausschläge. (Amygdalitis and cutaneous eruptions.)** *N. Y. Med. Journ. 23. April 1892.*

Verf. erwähnt einen Fall von Mandelentzündung bei einer Frau von 33 Jahren, bei der im Verlauf der Entzündung nacheinander mehrere Eruptionen von Purpura und papulösem Erythem auftraten. Die Ausschläge hörten mit dem Verschwinden der Mandelentzündung auf. Die Pat. hatte wenig Fieber, flüchtige Schmerzen in den Gelenken, starke Schwäche. Verf. berichtet noch über 3 andere Fälle; im ersten derselben erschien ein multiformes Erythem am 4. Tage einer folliculären Amygdalitis; im zweiten traten erst nach einem Monat Gelenkschmerzen und Purpura auf; dieser Pat. hatte sich die ganze Zwischenzeit in einem sehr geschwächten Zustande befunden. Im dritten Fall endlich erschiender Anfall von Mandelentzündung zwischen zwei Eruptionen eines polymorphen Erythems.

Verf. fordert einen bakteriologischen Nachweis der Verbindung zwischen den Mandel- und den Hauterscheinungen. LEFFERTS.

57) C. Cobb. **Crotonoel als lokales Mittel bei Tonsillitis. (Croton oil locally for tonsillitis.)** *Medical World. Febr. 1892.*

Ein halben Tropfen Crotonöl täglich auf die afficirte Tonsille applicirt soll eitrige Tonsillitis zur Heilung bringen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

58) J. P. Norbury. **Calciumsulfid oder Calc. sulfanat. bei Tonsillitis. (Sulphide of calcium or calx sulphanate in tonsillitis.)** *Therapeutic Gazette. 16. Mai 1892.*

In kleinen Dos.n von 0,0075—0,03 häufig gegeben soll das Mittel die Krankheit oft abortiv zur Heilung bringen. In anderen Fällen wird es den Verlauf abkürzen und die Reconvalescenz beschleunigen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) C. M. Mc Guire. **Ein Fall von Tonsillitis. — Tracheotomy. (A case of tonsillitis. — Tracheotomy.)** *Phil. Med. News. 14. Mai 1892.*

Der Pat. war ein 8 Monat altes Kind. Die rechte Ohrspeicheldrüse war stark geschwollen und hart, die linke nicht so sehr. Der Mund wurde nur sehr schwer geöffnet. Bei der Untersuchung des Halses fand man beide Tonsillen geschwollen und roth, besonders die rechte.

Es wurde Opiumtinctur in starken Dosen per rectum, und Phenacetin per os gegeben. Die Tonsillen wurden häufig und gründlich mit Hydrogendioxid bepinselt. Die Athmung des Kindes war erschwert durch die Mandelschwellung. Um 3 Uhr Nachmittags musste die Tracheotomie als letzte Chance für Erhaltung des Lebens des kleinen Kindes vorgeschlagen werden. Da eine silberne Canüle nicht zur Hand war, benutzte Verf. einen neuen sterilisirten (Amerikanischen No. 14) Weichgummi-Katheter, der durch eine Sicherheitsnadel in der richtigen Lage erhalten wurde. Das Kind war mit Chloroform anaesthetisirt worden. Die Tube wurde dicht unter dem Ringknorpel eingelegt. Die Blutung war gering. Sublimatwatte wurde rings um die Tube gelegt und häufig angefeuchtet, ausserdem feuchte Sublitmatgaze über ihre Oeffnung. Die Luft des Krankenzimmers wurde durch im Ofen kochendes Wasser beständig feucht erhalten. Das Kind athmete erst eine Weile leicht durch das Rohr, dann musste 2—3 Std. lang künstliche Athmung unterhalten werden. Das Kind schien sich dabei zu erholen, doch 12 Std. nach Einführung der Canüle stellte das Herz seine Thätigkeit ein.

LEFFERTS.

60) F. H. Bosworth. **Das Vorhandensein der Tonsille ist als Krankheit anzusehen. (The existence of the tonsil should be regarded as a disease.)** *N. Y. Med. Record. 12. März 1892.*

Das Vorhandensein einer Tonsille soll als eine Krankheit aufgefasst werden, mit der man sich möglichst eingehend und rasch befassen soll. Was die Symptome anlangt, so hält B. das Schnarchen und Störungen der Athmung nicht für eine Folge der Mandelanschwellung, sondern legt sie mehr der Vergrösserung

der sogenannten dritten Tonsille oder der Schwellung der Drüsen im Rachen zur Last. Er glaubt nicht, dass die Vergrösserung der Gaumentonsillen zu Athembeschwerden, zu Nasencatarrh oder Schwerhörigkeit Anlass giebt.

Welche Tonsillen soll man nun exstirpiren? B. antwortet auf diese Frage: Alle Tonsillen. (Eines Commentars bedarf dies nicht. Red.) Tonsillen sind erkranktes lymphatisches Gewebe und bleiben sie eine hinreichend lange Zeit bestehen, dann verschwinden sie während des ganzen Lebens nicht mehr. Man hat wohl gesagt, dass die Tonsillen zur Zeit der Pubertät verschwinden, nach B. aber ist nichts derart zu sehen. Sie schrumpfen etwas in der Zeit der Pubertät, dabei aber werden sie zu einer Quelle nicht unbeträchtlicher Störungen, besonders indem sie Ablagerungsstätten für die Anhäufung von Schleim bilden, welcher käsige Degeneration durchmachen kann.

Was die Art der Operation betrifft, so verwirft B. vollständig die Elektropunktur, die manchmal 50—60 Sitzungen erfordert, während eine Minute ausreicht, wenn man das Messer benutzt. Weiterhin ist die Reaction, die auf die Elektropunktur folgt, ein Reiz zur Bildung von Bindegewebe und schafft so einen Zustand, der schädlicher ist, als der, den man zu beseitigen suchte. Was schliesslich das geeignete Instrument anlangt, so muss der Chirurg schon ganz besonders geübt sein, der bei einem sich sträubenden Kinde sicher das Messer zu führen vermag. B. zieht das französische Tonsillotom dem Mackenzie'schen vor. Die Tonsillotomie selbst kann er nicht als gefährliche Operation ansehen.

LEFFERTS.

61) **O. B. Douglas. Congestion oder Hypertrophie der Tonsille? (Congestion versus hypertrophy of the tonsils.)** *N. Y. Med. Record. 12. März 1892.*

D. hat sich gewöhnt, die vergrösserten Tonsillen nicht als nothwendigerweise hypertrophisch anzusehen, sie können auch einfach entzündet oder congestionirt sein. Statt sie deshalb auf alle Fälle zu exstirpiren, versuchte D. zuerst, durch Adstringentien etc. ihren Umfang zu reduciren, oder wenn er eine Krankheitsursache ausserhalb der Tonsillen findet, behandelt er erst diese. In den Fällen jedoch, wo es sich wirklich um vergrösserte oder um Rachentonsillen handelt, da will er die Exstirpation vorgenommen wissen. Eine gewöhnliche Quelle für Schwellungen der Tonsillen sind krankkafte Zustände in der Nase, die behandelt werden sollen. Oft besteht auch eine Verwachsung zwischen den vergrösserten Gaumentonsillen und den vorderen Gaumenbögen und durch Lösung dieser wird man die Tonsille häufig zur Verkleinerung bringen. Wo Störungen der Athmung, des Schluckens etc. bestehen, da exstirpire man die Tonsille, sonst aber nicht. D. glaubt, dass die Tonsille oft exstirpirt ist, wo es besser unterblieben wäre.

LEFFERTS.

62) **A. Jacobi. Vergrösserte Tonsillen und Stupidität. (Enlarged tonsils and stupidity)** *N. Y. Med. Record. 12. März 1892.*

Die Stupidität, die man mit der Störung der Athmung zu erklären suchte, wird von J. mit dem Zusammenhang zwischen den Drüsen des Rachens und denen im Schädel in Verbindung gebracht. Letztere sollen secundär erkranken

und dann direct die cerebrale geistige Function und Entwicklung störend beeinflussen.

LEFFERTS.

63) **W. J. Waugh. Glycerin bei Hypertrophie der Tonsillen. (Glycerine for hypertrophied tonsils.)** *Times and Register. 19. März 1892.*

Bericht über einen Fall, der mit mindestens 20 mal am Tage wiederholten Applicationen von reinem, wasserfreiem Glycerin behandelt wurde. Die hypertrophischen Tonsillen gingen in wenigen Wochen sehr stark zurück.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **Deléage. Die Behandlung der Mandelhypertrophie. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales.)** *Revue de therapeutique générale et thermale. 1892. p. 216.*

D. empfiehlt Pinselungen mit Jodtinctur und giebt einen Ueberblick über die chirurgischen Hilfsmittel: Die Amygdalotomie mit dem Messer, mit dem Tonsillotom oder mit der galvanischen Schlinge, ferner die Ignipunctur mittelst des Thermo- oder Galvanokauters.

J. BARATOUX.

65) **X. Die Behandlung der Hypertrophie der Mandeln. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales.)** *Semaine méd. 1892. No. 29. CXIV.*

Wenn die Mandel wiederholte Entzündungen durchgemacht hat, soll man mit dem Galvanocauter ihre Oberfläche cauterisiren, um diese in ein Narbengewebe umzuwandeln, welches dem Eindringen von Microben eine Wand entgegensetzt.

Wenn die Mandeln gross sind und brüchig, empfiehlt sich dasselbe Vorgehen.

Sind die Mandeln aber hypertrophisch und hart, so schreitet man zur Exstirpation in allen Fällen, wo die Drüse gestielt ist; liegt die Mandel ringsum eingeschlossen da, so muss man sie mit der galvanischen Schlinge entfernen.

Was die Pseudohypertrophie der Mandel anlangt oder die lacunären Entzündungen, bei denen die Crypten mit eingedickten Secretionsproducten erfüllt sind und mehr oder weniger umfangreiche Knötchen bilden, so ist hierbei die sogen. Discission am Platze. Dieselbe wird mittelst eines scharfen Häkchens, am besten eines galvanokaustischen ausgeführt.

J. BARATOUX.

66) **Chas. H. Knight. Indicationen für die Galvano-Punctur der Tonsillen. (Indications for galvano-puncture of the tonsils.)** *N. Y. Med. Record. 12. März 1892.*

Nur bei 4 Vorkommnissen will Verf. die Galvanopunctur anstatt der Excision angewandt wissen: 1. Wenn man deutlich eine Gefässanomalie erkennen kann. 2. Wo die Tonsille tief liegt, flach und diffus und vielleicht sogar mit den Gaumenbögen verwachsen ist, so dass sie nicht leicht in das Tonsillotom einzubringen ist. 3. Bei Hämophilie. 4. Wo der Patient sich gegen das Schneiben absolut sträubt. — Was die Zahl der Sitzungen anlangt, so räth er jetzt zu wenigen, wenn der Pat. eine Reihe von Puncturen in einer Sitzung gut verträgt. Die electrische Drahtschlinge ist zu rathen, wenn der Pat. mit der Ertragung der stärkeren Schmerzen einverstanden ist.

LEFFERTS.

67) **H. W. Loeb. Die Entfernung der Gaumentonsillen mittelst der galvanokaustischen Schlinge. (The removal of the faucial tonsils by the galvanocautery snare.)** *Phil. Med. News. 19. März 1892.*

Ein Commentar der Mängel und Vorzüge des Tonsillotoms ist fast überflüssig; es ist ein brauchbares Instrument und abgesehen von den kleinen Mängeln, die in der Möglichkeit einer Verunreinigung des Instrumentes, in den Gefahren der Blutung und des Mitfassens eines Stückchens vom Gaumen, sowie in der Nothwendigkeit, häufig im Dunkeln zu operiren, liegen, ist das Instrument mehr oder weniger vollkommen.

In der galvanokaustischen Schlinge besitzen wir ein Instrument, das selbst diese kleinen Mängel überwindet. Die Gefahr einer Infection ist auf ein Minimum reducirt, da das Instrument sich selbst sterilisirt. Der rothglühende Draht verzehrt alle Keime, die mit ihm in Berührung kommen, und indem er die Gewebe brennt, verhütet er zum Theil wenigstens die Möglichkeit einer septischen Infection. Ferner kommt es sogar bei Erwachsenen zu keiner Blutung und dadurch ist eine schwere Gefahr umgangen. Selbst bei Tonsillen, die mehr oder weniger eingeschlossen liegen oder die der vordere Gaumenbogen bis zu einem gewissen Grade überragt, lässt sich diese Methode verwerthen. Es ist durchaus leicht, ein kleines Stück der Tonsille mit der Zange zu fassen, die Schlinge umzulegen und dann das Gewebe zu entfernen. Nach diesem Eingriff atrophirt die Tonsille und die früheren Symptome verschwinden. Sicherlich ist es besser, auf diesem Wege ein kleines Stück der Tonsille abzutragen, als einfach die Tonsille zu cauterisiren; denn im ersteren Falle haben wir alle Vortheile der Cauterisation und haben ausserdem noch ein Stück des überschüssigen Gewebes beseitigt. Diese Methode ist besser für zahlreiche Fälle, als die blosse Dissection der Tonsille, sei sie mit dem Galvanokauter oder sonstwie gemacht. Auf jeden Fall empfiehlt es sich, die Entfernung eines Stückchens auf diese Weise zu versuchen, bevor man zu der complicirten und ernsteren Operation der Dissection schreitet.

LEFFERTS.

68) **J. M. W. Kitchen. Die Tonsillotomie und ihre therapeutische Wirksamkeit. (Tonsillotomy and its therapeutic efficacy.)** *N. Y. Med. Record. 16. Jan. 1892.*

Absolut nichts Neues. LEFFERTS.

69) **M. J. Asch. Wann soll man bei hypertrophischen Mandeln operiren und nach welcher Methode? (Hypertrophy of the tonsils; when to operate and the method.)** *N. Y. Med. Record. 12. März 1892.*

Von der Excision der Tonsille mittelst des Messers oder der Guillotine sagt Verf., dass sie häufig gemacht worden, trotzdem aber eine äusserst gefährliche Operation ist. Verf. will damit nicht sagen, dass die Operation selbst schwierig ist, allein es kann eine abnorme Vertheilung der Arterien vorliegen und zu unstillbarer Blutung kommen. Zu der Gefahr ernsterer Blutungen wirken drei Factoren mit: 1. abnorme Gefässanordnung; 2. tiefe venöse Plexus; 3. starke capilläre Blutung. Die Gefässe sind in hypertrophischen Tonsillen leicht sclero-

sirt, sie bleiben nach dem Durchschneiden gern offen und werden so zur Quelle ernstester Blutungen. Dabei giebt es nach Verf.'s Meinung keinen andern Weg, die Blutung zu stillen, als die Ausübung eines starken Drucks. In einem Falle, in dem eine Schleife der Carotis in die Tonsille hineinreichte und bei der Excision durchschnitten wurde, trat der Tod innerhalb weniger Secunden ein. Verf. giebt der Mackenzie'schen Modification des Tonsillotoms nach Art eines schneidenden Instruments den Vorzug. Er will nicht einfach deshalb operirt wissen, weil eine Tonsille sehr gross ist; dagegen operirt er da, wo die Athmung gestört ist, sehr häufige Anfälle schwerer Anginen auftreten oder wo das Gehör gelitten hat.

LEFFERTS.

70) **Agramonte. Die Frage der Tonsillotomie überhaupt. (The question of wholesale tonsillotomy.)** *N. Y. Med. Record. 12. März 1892.*

A. ist Gegner der Tonsillotomie überhaupt, wenn nicht aus anderen Gründen, so doch schon um der Thatsache willen, dass einige Todesfälle unzweifelhaft in Folge dieser Operation vorgekommen sind. Wo indess die vergrösserten Tonsillen die Athmung behindern, wo sie zu Attaquen von Tonsillitis, Diphtherie u. a. m. Anlass geben, da sollen sie entfernt werden. Eins aber sollte stets vorbereitet werden, um einer Blutung begegnen zu können: man lege den Galvanokauter oder sonst ein Mittel bereit. Bevor man operirt, fühle man mit dem Finger, ob in der Tonsille Pulsation vorhanden ist. A. sah häufig Anfälle von Mandelentzündung und Diphtherie beim Erwachsenen nach der Tonsillotomie aufhören.

LEFFERTS.

71) **D. B. Delavan. Die Ungefährlichkeit der Tonsillotomie. (Tonsillotomy not dangerous.)** *N. Y. Med. Record. 12. März 1892.*

D. bemerkt bezüglich der Blutungen, dass er nur einmal bei einem Kinde eine ausgesprochene Hämorrhagie beobachtet hat und in diesem Falle schien eine hämorrhagische Diathese zu bestehen. Das Tonsillotom ist für Kinder das Allerbeste; er selbst würde den Galvanokauter nur da gebrauchen, wo eine besondere Contraindication gegen das Messer vorliegt oder der Pat. die Anwendung dieses absolut nicht zugiebt. Man lasse den ersten Blutschorf, wo irgend möglich, ruhig liegen und man wird eine schnelle Heilung sehen. D. glaubt, dass man kurz über lang aufhören würde, im Hals und in der Nase soviel herumzubrennen, wie es jetzt geschehe. Dem allgemeinen Praktiker, der keine specielle Ausbildung besitzt, räth er bei schwierigen Verhältnissen im Halse ab, die Tonsillotomie vorzunehmen.

LEFFERTS.

72) **B. Robinson. Gehen die Specialisten in der Frage der Tonsillotomie zu weit? (Is the specialist extreme in the matter of tonsillotomy.)** *N. Y. Med. Record. 12. März 1892.*

Wer die Tonsillen ganz vom Standpunkt des Specialisten betrachtet, dem kann es wohl so scheinen, als ob man sie am besten alle entfernte. (S. No. 60 dieser Nummer! Red.) R. ist entschieden der Meinung, dass nicht jede Tonsille an sich eine Krankheit ist und dass nicht jede vergrösserte Tonsille zu entfernen ist. Auch hält er in der Mehrzahl der Fälle, in denen die Tonsille eine chirurgische

Behandlung erfordert, nicht die Exstirpation der ganzen Drüse für nothwendig. Weiter glaubt R., dass die Gefahr der Blutung sehr viel grösser wird, wenn man die ganze Tonsille entfernt. Auch Erkrankungen schliessen sich weit eher der completen Excision, als der partiellen an. Bei der Herausnahme grosser Tonsillen bei Kindern ist R. immer etwas ängstlich, da Todesfälle, die direct oder indirect auf die Operation zurückzuführen sind, zweifellos vorgekommen sind. Will Jemand aus diesem Grunde zur Galvanopunctur seine Zuflucht nehmen, so wird er nach R.'s Ueberzeugung selten mehr als ein halb Dutzend Sitzungen benöthigen. Der Cauter ist besonders nützlich zur Eröffnung von schleimhaltigen Krypten; für diesen Fall ist er rationeller als die Total- oder Partialexstirpation.

R. erzählt, dass er einen Specialisten in New York kannte, der eine grosse Anzahl von Tonsillen entfernt hat, seine eigenen vergrösserten Tonsillen aber sich nicht exstirpiren liess. Er glaubt, dass es solcher Leute viele giebt, die lieber an Anderen ihre Ideen ausführen, an sich selbst aber das Experiment scheuen.

LEFFERTS.

73) **J. L. Short. Starke Blutung nach Excision einer Tonsille. (Severe hemorrhage from excision of a tonsil.)** *Med. Herald. Febr. 1892.*

Das erste Zeichen der Blutung war in diesem Falle das Erbrechen einer grossen Menge Blutes. Die Blutung liess sich leicht durch Druck stillen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

74) **A. G. Hobbs. Ein paar Bemerkungen über die Excision der Tonsillen mit Vorlegung und Beschreibung eines neuen Instrumentes. (Some remarks on tonsilar excision with presentation and description of a new instrument.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 21. Mai 1892.*

Nach einem Hinweis auf die Unzulänglichkeit der jetzt gebräuchlichen Instrumente beschreibt H. das von ihm selbst angegebene. Beide Blätter desselben sind gebogen um die Fläche und die Kante und es ist ein Doppelhaken vorhanden, mittelst dessen die Tonsille aus ihrem Lager hervorgezogen werden kann.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

75) **Charles Steele** (Clifton). **Carcinome an ungewöhnlichen Stellen. (Cancers in unusual situations.)** *Lancet. 9. Januar 1892.*

Einer der mitgetheilten Fälle ist ein Scirrhus der Mandel. Der Pat., ein 55jähr. Mann, zeigte eine feste und harte Geschwulst der Tonsille und eine Hervorwölbung unter dem äusseren Ohre. Der Pat. hatte an Syphilis gelitten, sein Vater war an Krebs gestorben. Eine antisyphilitische Behandlung brachte keine Besserung; die rapide Ausbreitung der Krankheit führte bald zum letalen Ausgange.

MACKENZIE-JOHNSTON.

76) **Polyák** (Pest). **Primärer Krebs der rechtseitigen Tonsille.** Demonstrirt in der Gesellsch. d. Aerzte in Pest am 9. Januar 1892. — *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 3.*

P. will die Geschwulst, die schon Apfelgrösse erreicht und die Nase theilweise erfüllt hat, elektrolytisch behandeln, wogegen sich Morelli und Ketli aussprechen.

CHIARI.

77) **David Newman** (Glasgow). **Maligne Erkrankung der Tonsillen. (Malignant disease of the tonsils.)** *International Journal of the Med. Sciences. Mai 1892.*

Nach einer kurzen Zusammenstellung der einschlägigen Literatur berichtet Verf. sehr ausführlich über zehn von ihm beobachtete Fälle. Zwei waren Sarcome, der Rest Epitheliome mit einer Ausnahme, die als Carcinom im Anschluss an ein Gumma beschrieben wird.

N. hat in der Literatur im Ganzen 92 Fälle von maligner Erkrankung der Tonsillen gesammelt. Er findet, dass Carcinome und Rundzellensarcome sehr häufig sind, zunächst an Häufigkeit kommen Epitheliome (24 mal), dann Scirrhus (7 mal), während Fibrosarcome und Adenosarcome noch weniger vorkommen.

Zum Schlusse bespricht Verf. ausführlich die Therapie. Von im Ganzen 144 Fällen scheint ein operativer Eingriff nur bei 56 versucht zu sein. Partielle Operationen werden verworfen und eine vollständige Entfernung durch den Mund oder mit Hilfe eines äusseren Einschnittes soll nur versucht werden, wenn der Fall in einem hinreichend frühen Stadium gesehen und diagnosticirt wird. Aus diesem Grunde räth N. dringend zur Exstirpation eines Stückchens der Geschwulst für diagnostische Untersuchungszwecke in allen zweifelhaften Fällen.

Die ausführliche Arbeit verdient im Original gelesen zu werden; ihrem ganzen Wesen nach ist es schwer, sie in einem Referat erschöpfend wiederzugeben.

P. MC BRIDE.

78) **Alexander Morison** (London). **Verbesserte Guillotine für die Exstirpation der Mandeln. (Improved tonsil guillotine.)** *Lancet. 9. Januar 1892. Brit. Med. Journ. 16. Jan. u. 27. Febr. 1892.*

Beschreibung eines Instrumentes, das eine Modification der Mackenzie-schen Guillotine darstellt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

79) **Hölder** (Ludwigshafen a. Rh.). **Chirurgisches Instrument zum Abschneiden der Mandeln.** *Illustr. Monatsschr. d. ärztl. Polytechnik. XIV. März 1892.*

Bei dieser Construction des Ringmessers ist es nur erforderlich, für ein und dasselbe Instrument einen Satz verschieden grosser Messer zu besitzen, welche nach Lösung eines Schiebers leicht ausgewechselt werden können. SEIFERT.

80) **Chas. H. Knight. Eine elektrische Schlinge für die Tonsillen. (An electric tonsil-snare.)** *N. Y. Med. Record. 14. Mai 1892.*

Die Construction der vorgezeigten Tonsillen-Schlinge wurde durch ein ähnliches, von Toison zum Gebrauch mit dem kalten Draht empfohlenes Instrument angeregt. Die doppelte Canüle, die den Draht (Platin No. 30) trägt, hängt mit einem festen Stahlgriff zusammen, von dem sie sorgsam isolirt ist. Der Griff endet in einem Ringe, dessen verticaler Durchmesser länger ist, so dass er der Gestalt der meisten Tonsillen entspricht. Dieser Ring kann von verschiedener Grösse sein. Die Drahtschlinge ist nun so geformt, dass sie sich dem Ringe anpasst, an dem sie durch einen einzelnen feinen Faden an dem äussersten Ende befestigt ist. Um die Tonsille wird der Ring gelegt, dann wird ein Zug auf den Draht ausgeübt, wodurch die Schlinge oben und unten mit der Tonsille in Con-

tact kommt. In diesem Augenblick wird der Strom geöffnet, der Faden, der den Draht hält, verbrennt; dadurch wird die Schleife gelöst, der Draht glüht; die weiteren Schritte der Operation sind einfach.

LEFFERTS.

81) **Redactionelle Bemerkung. Rheumatismus und Pharyngitis. (Rheumatism and pharyngitis.)** *Medical World. Februar 1892.*

Wenn hartnäckigen Halsaffectionen gegenüber locale Therapie sich als machtlos erweist, dann denke man an die Wirkung der „rheumatischen Diathese" auf Mandeln, Rachen und Kehlkopf. Oft führt ein vollständiges Aussetzen der localen Therapie und eine anti-rheumatische Behandlung leichter zum Ziel.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **Dubler** (Basel). **Vortrag über acute infectiöse Phlegmone des Pharynx.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 3. 1892.*

Obduction zweier Fälle ergab diffuse eitrige Infiltration der Mucosa und Submucosa des Rachens, Gaumens und Kehlkopfs, des Halszellgewebes und der Zunge. Eintrittsstelle der Coccen (Streptococcus pyogenes) war in einem der Fälle wahrscheinlich eine necrotische Stelle am Arcus palato-pharyngeus in Folge von Stomatitis. Die Krankheit hatte grosse Aehnlichkeit mit Angina Ludovici. Bei beiden Fällen trat das Uebel in Folge chronischen Lungenleidens auf und führte in wenigen Tagen zum Exitus.

JONQUIÈRE.

83) **H. B. Hemenway. Rachenmykose. (Pharyngo-mycosis.)** *Phil. Med. News. 9. Januar 1892.*

Das Leiden ist gewöhnlich mehr störend, als gerade gefährlich. Der Fungus wirkt langsam zerstörend auf die Gewebe, auf denen er wächst. Er kann auf die Schneider'sche Membran verpflanzt werden oder sich in den Lungen ansiedeln. Die letztgenannte Localisation kann sehr ernst werden. Spontane Heilung kommt manchmal vor. In anderen Fällen verläuft das Leiden ausserordentlich chronisch. Als Therapie kommt nur der Galvanokauter in Frage; mit wenigen Ausnahmen, und auch diese sind zweifelhaft, haben sich alle Medicamente als absolut nutzlos erwiesen. Die Bakterien dringen tief in die Gewebe ein und die Behandlung muss eine entsprechend energische sein. Da die Bakterien am besten in einem sauren Medium zu gedeihen scheinen, empfiehlt Verf. die Application der negativen Electrode und eine grosse positive Electrode äusserlich aufgesetzt.

LEFFERTS.

84) **H. B. Hemenway** (Evanston, Illinois). **Rachenmykose. (Pharyngo-mycosis.)** *Journal of Laryngol. Februar 1892.*

Der Verf. giebt eine Beschreibung der Krankheit, deren einzig erfolgreiche und zuverlässige Behandlung er in dem Gebrauch des Galvanokauters erblickt. Als Ursache der Erkrankung nennt er den Bacillus fasciculatus, von dem er in mehreren Holzschnitten Abbildungen giebt. Die Bakterien, von denen die Abbildungen herrühren, wurden von einem Falle gezüchtet, der lange Zeit in H.'s Behandlung stand und den er auch in seiner Arbeit eingehender beschreibt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

85) **J. Wright. Ein Fall von primärem Lupus des Rachens. (A case of primary lupus of the pharynx)** *Phil. Med. News. 9. Januar 1892.*

Der Pat. war 17 Jahre alt; Hautlupus bestand nicht. Eine physikalische Untersuchung der Brust ergab keinen Befund. Der Rachen sah geschwollen aus und war bedeckt mit zahlreichen kleinen durchscheinenden Knötchen. Es bestand ein gewisser Grad von Congestion, aber keine Ulceration. Die Verdickung war ausgesprochener links. Die Uvula war enorm hypertrophisch, nahezu so stark wie das distale Glied des Mittelfingers. Auch sie war besprengt mit den kleinen oberflächlichen Erhebungen, und dieses Bild nahm nahe der Spitze des Zäpfchens einen so hohen Grad an, dass man sie als fungös hätte bezeichnen können. Rings an den Rändern der infiltrirten Partie am weichen Gaumen bestand eine gewisse Röthung, die kleinen Knötchen selbst aber waren blass und durchscheinend. Die Secretion war sehr gering. An der hinteren Rachenwand sah man eine lineare Narbe. Schmerzen beim Schlucken oder sonst bei irgend einer Verrichtung bestanden nicht.

Eine mikroskopische Untersuchung der excidirten Uvula führte zu dem Schlusse, dass es sich um eine tuberculöse Neubildung handele, trotzdem es nicht gelang in 10 oder 15 Schnitten, die gefärbt wurden, das Vorkommen von Tuberkelbacillen nachzuweisen.

Kurze Zeit darauf erhielt der Pat. seine erste Injection von 0,001 Tuberculin, nach den gewöhnlichen Zwischenpausen erhielt er noch 2 oder 3 weitere Injectionen. Die Reaction war charakteristisch, die Temperatur stieg auf 39 °, Uebelkeit etc. Die kleinen Knötchen, die vorher blassroth und durchscheinend gewesen waren, wurden weiss in ihrem Centrum und sahen aus, als ob sie bald durchbrechen wollten. Die Congestion nahm stark zu, die geröthete Zone war sehr ausgeprägt, und der Pat. klagte über Halsschmerzen.

Der Kranke hatte offenbar genug von dem Effect des Tuberculins und verliess das Krankenhaus; alle späteren Versuche, ihn zur Rückkehr zu bewegen, blieben ohne Erfolg. Im Lichte unserer heutigen Erfahrung will uns das Thörichte dieses Benehmens gar nicht mehr so auffällig erscheinen, wie es uns damals erschien.

LEFFERTS.

86) **F. Roncalli. Demonstration eines Teratoms des Rachens. (Presentazione di un teratoma della faringe.)** *R. Ac. Med. di Turin. Gazzetta degli Ospitali. 28. Januar 1892.*

Congenitaler Tumor bei einem Neugeborenen, ähnlich einer Bohne, mit einem kleinen Stiel rechts am vorderen Gaumenbogen sitzend. Der Tumor, der normale Haut und Flaumhaar enthielt, war aus Bindegewebe und Fett gebildet. R. fasst dies Teratom als ein ektopisches überzähliges Hautläppchen auf.

CARDONE.

87) **Donalies** (Königsberg). **Zur Lehre von der Bedeutung der Hyperplasie des lymphatischen Rachenrings.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXIII. 1. u. 2. 1892.*

Bei einem 2jährigen Mädchen mit Hypertrophie der Rachen-, Zungen- und Gaumentonsillen (diese so stark vergrössert, dass sie die Uvula berührten und nur einen kleinen Raum unterhalb der Spitze dieser für die Athmung freiliessen)

entstand durch eine nur mässige Angina eine so gefahrdrohende Störung der Respiration, dass die Tracheotomie vorgenommen werden musste. Trotzdem starb das Kind unter den Erscheinungen des Lungenödems. SEIFERT.

88) **Owert** (Hamburg). **Am Kinn des Kranken zu befestigender Mundspiegel.** *Illustr. Monatsschr. f. ärztl. Polytechnik. Juni 1892.*

Diese Neuerung bezweckt eine bequeme Belichtung und Besichtigung der Mundhöhle, wobei der Spiegel, am Kopfe des betreffenden Patienten beweglich und verstellbar befestigt, dem Operateur beide Hände zur Arbeit freigiebt.

SEIFERT.

d. Diphtheritis und Croup.

89) **Zimmer. Untersuchungen über das Zustandekommen von Diphtherie-Immunität bei Thieren.** *Dtsch. med. Woch. 1892. No. 16.*

Eine Arbeit aus dem Königsberger bacteriologischen Institut, die zu dem Schlusse kommt, dass keines der bisher namentlich von Behring entdeckten Verfahren zur Immunisirung von Thieren gegen die Infection mit Diphtheriebacillen so regelmässige Ergebnisse liefere, dass es einer practischen Verwendung als Grundlage dienen könnte. LANDGRAF.

90) **W. Johnson. Bemerkungen über das bakteriologische Studium der Diphtherie. (Notes on the bacteriological study of diphtheria.)** *Bacteriolog. World. 1. 691.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

91) **Ashby. Loeffler's Diphtherie-Bacillus. (Loeffler's diphtheria-bacillus.)** *Lancet. 20. Febr. 1892.*

A. demonstrirte in der Manchester Pathologischen Gesellschaft gefärbte Präparate und besprach gleichzeitig eine leichte Methode zur Entdeckung der Bacillen, welche als diagnostisches Hilfsmittel practischen Werth beanspruchen soll. MACKENZIE-JOHNSTON.

92) **A. Baginsky. Zur Aetiologie der Diphtherie.** *Dtsch. med. Wochenschr. 1892. No. 6. Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 9.*

B. bestätigt die Löffler'schen Befunde. In 2 Fällen von sogen. Rhinitis fibrinosa fand er ebenfalls den Löffler'schen Bacillus. LANDGRAF.

93) **C. Bareggi. Ueber die Zweckmässigkeit einer bakteriologischen Untersuchung aller Diphtherie- und Anginakranken und selbst aller blos verdächtigen Personen bei ihrem Eintritt ins Hospital. (Sulla opportunita etc. etc.)** *Gazzetta med. lombarda. 13.—20. Febr. 1892.*

Die Ueberschrift erklärt alles. CARDONE.

94) **J. Fibiger** (Kopenhagen). **Roux und Yersin's bakteriologische Diagnose der Diphtherie. (Roux og Yersin's bakteriologiske diagnose af difteri.)** *Verhandl. d. med. Gesellsch. zu Kopenhagen 1892.*

Referirender Artikel. SCHMIEGELOW.

95) **C. Jul. Salomonsen** (Kopenhagen). **Ein paar casuistische Mittheilungen gelegentlich des Vortrages Dr. Fibiger's über die Diphtheritis-Diagnose. (Ett Par casuistiske Meddelelser i Anledning af Dr. Fibiger's Foredrag om Difteri-diagnosen.)** *Verhdl. d. med. Gesellsch. zu Kopenhagen. 1892.*

Verf. erzählt einige Fälle seiner Praxis, in denen es nur durch den Nachweis von Diphtheriebacillen nach der Methode von Roux und Yersin ihm gelang, die diphtheritische Natur der Rachenkrankheit festzustellen.

SCHMIEGELOW.

96) **Schlichter** (Wien). **Beitrag zur Aetiologie der Säuglingsdiphtheritis.** *Arch. f. Kinderheilk. XIV. 3. 4. 1892.*

Sch. berichtet über 24 Fälle von Diphtherie, welche in der N. Oe. Landesfindelanstalt beobachtet wurden. Unter diesen sind zwei Erkrankungen von Ammen, ein Fall bezieht sich auf die Erkrankung eines 6jährigen Mädchens, die übrigen 21 Fälle recrutiren sich aus dem Säuglingsalter, und zwar meist aus dem frühesten Säuglingsalter, aus dem von 6—20 Tagen. Sch. ist der Meinung, dass die individuelle Disposition für Diphtherie bei Säuglingen höchst wahrscheinlich durch die Herabsetzung der Resistenzfähigkeit (infolge von Lebensschwäche, erschöpfenden Krankheiten etc.) zu Stande komme. SEIFERT.

97) **T. J. Eaton. Das Contagium der Diphtherie. (The contagion of diphtheria.)** *Kansas City Med. Index. Febr. 1892.*

E. behandelt sein Thema in folgenden Abschnitten: 1. Natur des Contagiums; 2. Art seiner Verbreitung; 3. die Quellen der Gefahr; 4. die Verhütung derselben. Für letztere kommt in Frage die Zerstörung des Giftes durch geeignete Anwendung keimtödtender und desinficirender Stoffe, sowie die Beschränkung der Weiterverbreitung der Krankheit durch Isolirung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **Redactionelle Bemerkung. Der Dampf als ursächliches Moment bei der Ausbreitung der Diphtherie. (Steam as an agent in causing the spread of diphtheria.)** *N. Y. Med. Journ. 1892.*

Ein Auszug aus dem Artikel in dem British Med. Journal vom 19. September 1891. LEFFERTS.

99) **Redactionelle Bemerkung. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 12. März 1892.*

Der Verf. verlangt nachdrücklich die Reservirung des Ausdrucks Diphtherie für ein einheitliches klinisches Bild; man soll von Diphtherie nur im Sinne einer Pseudomembran auf Schleimhaut- oder Wundflächen sprechen. Es wird dann keine Schwierigkeiten machen innerhalb dieses Genus verschiedene Species auf geeignete Weise zu unterscheiden, z. B. „Loeffler'sche Diphtherie", „Strepto-

coccen-Diphtherie" u. s. w. Dagegen muss nach Verf.'s Ansicht jeder Versuch, den Ausdruck Diphtherie allein auf die specifische Form der Loeffler'schen Diphtherie zu beschränken, zu Verwirrung und gefährlichen Consequenzen führen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

100) **F. A. Sabin. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Kansas Med. Catalogue. Febr. 1892.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **J. W. Williams. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Am. Practitioner and News. 12. März 1892.*

Unter 41 Hauptstädten der Vereinigten Staaten ragt Richmond, Virginia, durch seine Mortalitätsziffer hervor, da dort auf 279 Diphtheriefälle 125 Todesfälle kommen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

102) **Redactionelle Notizen. Die Diphtheritis in Monmouth. (Diphtheria at Monmouth.)** *Lancet. 27. Febr. u. 5. März 1892.*

Beide Notizen enthalten nichts von allgemeinerem Interesse.

MACKENZIE-JOHNSTON.

103) **G. H. Melson. Postdiphtheritische Lähmung. (Post-diphtheritic paralysis.)** *Brit. Med. Journ. 27. Febr. 1892.*

Vortrag, gehalten in der Midland Med. Society; der Bericht enthält keine genaueren Angaben. MACKENZIE-JOHNSTON.

104) **J. F. Hurd. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Times und Register. 13. Febr. 1892.*

Nichts Neues. H. rühmt das Terpenthin als Präventivmittel.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

105) **Rosenberry. Kehlkopfdiphtherie. (Laryngeal diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 2. Jan. 1892.*

Verf. empfiehlt folgende Therapie:

℞ Ol. Eucalypti
Ol. Terebinth. ana 30,0
Ol. Vaselini 180,0.

M. D. S. Mittelst des Dampfzerstäubers halbstündlich zu applicieren.

LEFFERTS.

106) **Wilhelmy. Zur Behandlung der epidemischen infectiösen Diphtherie.** *Dtsch. med. Wochenschr. 1892. No. 5.*

W. empfiehlt Aetzungen mit 20 procentiger Chlorzinklösung, welche mittelst eines grossen in einer auf der Kante gebogenen Pincette gefassten Wattebausches möglichst früh gemacht werden sollen. Darauf Eis. Frühzeitig Wein und Bouillon. Die Methode hat sich seit 12 Jahren bewährt. LANDGRAF.

107) **Siebelt. Ergebnisse der Creolinbehandlung bei 46 Fällen von Rachendiphtherie.** Inaug.-Dissert. Leipzig. Ref. in *Fortschr. d. Medic. 8. 1892.*

Das Creolin wurde in Form einer 4—$^{1}/_{2}$ procentigen Lösung angewendet,

welche als Spray auf die erkrankten Theile applicirt wurde. 10 Fälle verliefen tödtlich, von den Ueberlebenden wurden 22 pCt. von Nachkrankheiten befallen.

SEIFERT.

108) **T. W. Musgreve. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Times and Register. 5. März 1892.*

Für das beste aller localen Mittel hält M. das Sulpho-Calcium. Es solle so weit als irgend möglich danach gestrebt werden, dem Pat. sterile Luft zuzuführen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

109) **Schwarz** (Constantinopel). **Zur Therapie der Diphtheritis.** *Internat. klin. Rundschau. 1892. No. 21.*

Sch. räth Insufflationen von Flores sulfuris an, welche die Mikroben zerstören sollen. Da aber die Resultate nicht ganz günstig waren, so suchte er nach einem Mittel, welches die Bacillen zerstört und sonst absolut unschädlich ist. Und dieses Mittel fand er angeblich in dem Sozojodolnatrium, welches vierstündlich eingeblasen wird, und zwar in Mischung mit Flor. sulfur. bei kleineren Kindern und rein bei grösseren. Ausserdem lässt er stündlich $^1/_2$ procentige Lösung von Kali chloric. reichen und ernährt gut. Unter 46 Fällen (22 waren auf die Mandeln beschränkt) hatte er nur 5 tödtliche Ausgänge.

CHIARI.

110) **Stein** (Saag i. Böhmen). **Zur Therapie der Diphtherie.** *Therap. Monatshft. 1892. April.*

Warme Empfehlung der Burghardt'schen Methode: Einblasung von Flores sulf. und Chinin ana in den Pharynx und Gurgelung mit Aq. calcis und Aq. destillata ana.

A. ROSENBERG.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

111) **Baumgarten** (Pest). **Rachen- und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhang mit Menstruationsanomalien.** *Orvosi Hetilap. 1891. No. 42. Pest. med. chir. Presse. 1892. No. 18.*

B. bespricht zunächst 2 Fälle von vicariirender Blutung aus Kehlkopf und Luftröhre, dann eine Reihe von Paresen der Stimmbänder bei Menstruationsanomalien; der Fall von dauernder einseitiger Posticuslähmung mit Behinderung der Abduction des anderen Stimmbandes vor Eintritt der Periode ist mit Struma und Trachealcompression complicirt. Ausserdem führt B. noch Fälle von Catarrhen an, die bei Menstruationsanomalien öfter als sonst mit Paresen combinirt sind, und endlich Fälle von Pharyngitis sicca als häufige Begleiterscheinung des Climacteriums. Anhang: Ein Fall von Larynxoedem nach Jodkaligebrauch bei einer 46jährigen nervösen Frau.

CHIARI.

112) **E. Baumgarten. a) Rachen- und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhang mit Menstruationsanomalien. b) Larynxoedem nach Jodkaligebrauch.** *Dtsch. med Wochenschr. 1892. No. 9.* (? Identisch mit Ref. 111. Red.)

a) B. führt als Störungen an: Blutungen aus Rachen, Kehlkopf, Luftröhre

im Sinne der vicariirenden Blutungen, ferner Paresen und Paralysen einer oder mehrerer Muskelgruppen, zum Theil mit Catarrhen complicirt, weiter periodisches Larynxoedem. Er betont ferner, dass er als häufige Begleiterscheinung des Climacteriums den trockenen Rachencatarrh gesehen hat.

b) Bei einer wahrscheinlich syphilitischen Patientin trat, als dieselbe wegen asthmatischer Anfälle Jodkali bekam, Larynxoedem auf, aber erst nach längerem Gebrauch. Die Periode fehlte seit 2 Monaten, Pat. war schwanger.

LANDGRAF.

113) **H. Munk. Ueber den N. laryngeus superior des Pferdes.** *Verh. d. physiol. Gesellsch. zu Berlin. 13. Nov. 1891.*

Beim Pferde ziehen, ebenso wie bei den anderen Säugethieren, Vagusfasern zum Cricothyreoideus, nur bilden sie oft schon sehr früh, sogar schon dicht hinter dem Abgange des Laryng. sup. einen selbstständigen Nervenfaden; daher die Verwechslung des Laryng. sup. mit dem Ram. int. laryng. sup. (Möller, Exner). — Die Breisacher-Gützlaff'schen Experimente haben bewiesen, dass die von Möller und Exner aus ihren Versuchen hergeleitete Behauptung unrichtig ist: Stimmbandlähmung und Kehlkopfmuskelatrophie seien beim Pferde die Folgen von Verletzung des Laryng. sup.; es fällt also die Theorie, dass dieser Nerv trophische Fasern für die Kehlkopfmuskulatur enthalte, ebenso wie die, dass Muskellähmung erzeugt werde durch die Durchschneidung eines Nerven, dessen electrische Reizung keinerlei Muskelcontraction hervorruft.

Es gilt also für das Pferd, ebenso wie für Kaninchen, Katze, Hund und Menschen das Gesetz, dass die Schädigung des Recurrens und nicht die des Laryng. sup. Lähmung und Atrophie der gleichseitigen Kehlkopfmuskeln mit Ausnahme des Cricothyroideus nach sich zieht. A. ROSENBERG.

114) **Th. Beer. Ueber den Einfluss der peripheren Vagusreizung auf die Lunge.** (Aus dem Laborat. f. experim. Pathol. d. Prof. v. Basch.) *Centralbl. f. Physiol. 1892. No. 24.*

B.'s Versuche, die zum Theil Einthoven's Resultate bestätigen, wurden an curarisirten und morphinisirten Hunden gemacht und ergaben:

1. Reizung des peripheren Vagusstumpfes bewirkt Contraction der Bronchien und dadurch Steigerung des intratrachealen Druckes.
2. Vagusreizung bedingt keine Dilatation der Bronchien.
3. Der Zwerchfellstand — gewöhnlich in Mittellage — wechselt besonders bei Arteriendruckschwankung; das Zwerchfell vollführt meist während der Vagusreizung kleinere Excursionen um eine allmälig herabrückende Mittellage.
4. Das Herabrücken ist auch an der ruhenden Lunge nachweisbar.
5. Der gesteigerte aerostatische Druck in den Lungen bringt die leicht dehnbaren Alveolen zur Ausdehnung. Das Ansteigen der Trachealdruckcurve und das Herabsinken des Zwerchfells sind also zwei Phänomene, die auf dieselbe bedingende Ursache zurückzuführen sind.
6. Die intravenöse Injection von Atropin. sulf. hebt den Effect der im

Vagus enthaltenen Hemmungsnerven für das Herz und die Wirkung der Vagusreizung auf die Bronchialmuskulatur ziemlich gleichzeitig auf.

7. Auch beim selbständig athmenden morphinisirten Thiere bewirkt periphere Vagusreizung ein Herabrücken des Zwerchfells. A. ROSENBERG.

115) **Arthaud u. Rescoussié. Klinische Studie über die Neuritiden und Neurosen des Vagus. (Etude clinique sur les neurites et les neuroses du nerf vague.)** *Annal. de la Policlinique de Paris. Mai 1892.*

Von Seiten des Kehlkopfs ist zu verzeichnen: Die Stimme ist misstönig, bitonal; der Kehlkopf hat seine Sensibilität verloren; Lähmungen kommen vor. Da die einseitige Lähmung sich auf alle eigentlichen Kehlkopfmuskeln erstreckt, nimmt das entsprechende Stimmband Cadaverstellung an. Bei der doppelseitigen Lähmung sind beide Stimmbänder in Cadaverstellung. Phonation, Husten, überhaupt jede Anstrengung ist unmöglich. Die besprochenen Lähmungen betreffen vor allem die Mm. crico-arytaenoidei postici. Ist einer der beiden Muskeln gelähmt, so bleibt das entsprechende Stimmband in der Mittellinie; sind aber beide betroffen, so bleiben die Stimmbänder während der Inspiration geschlossen.

Eine ganze Anzahl von Erscheinungen, die man ehemals der Lähmung der Dilatatoren zur Last legte, schiebt man jetzt der Contractur der Constrictoren zu. Dass es sich nicht um Lähmungen dieser handelt, wird von Rosenbach und Semon behauptet. (Mir nicht verständlich. F. S.) J. BARATOUX.

116) **J. Dionisio** (Turin). **Experimenteller Beitrag zum Studium der Physiologie und Pathologie des Recurrens. (Contributo sperimentale allo studio della fisio-patologia del nervo recurrente.)** *Archiv. ital. di Laringologia. Jan. 1892.*

Zur experimentellen Feststellung, ob bei Compression des Recurrens laryngis ein Krampf der Kehlkopfmuskeln erfolgt, bedient sich D. eines Kehlkopf-Dynamometers, der aus einem kleinen Gummiballon besteht, welchen man nach seiner Einführung in das Laryngo-Tracheal-Rohr mit Flüssigkeit füllt; der Ballon steht in Verbindung mit einem Manometer. Ausser dem electrischen Reiz probirt D. noch die Methode, einen Seidenfaden um den Nerven herumzuführen und mit steigenden Gewichten von 5 bis 200 g zu belasten. — D. kommt zu dem Schlusse, dass dauernder und steigender Druck auf den Nervus laryngeus inferior die Kraft der Adduction der Stimmbänder nicht sowohl erhöht, als vielmehr vermindert, dass ferner die Adduction selbst nach einer geringen electrischen Reizung des Nerven — so gering, dass sie kaum ausreicht, eine leichte Contraction aller Muskeln mit Ueberwiegen der Adductoren über die Abductoren herbeizuführen — weit stärker ist, als die bei der Compression erzielte. Danach ist die Adduction bei Compressionszuständen nicht durch spastische Contraction bedingt, denn das Stimmband erfährt keine stärkere Adduction, als dies bei selbst leichten Exspirationsbewegungen der Fall ist.

Es fragt sich: Giebt D.'s Versuchsanordnung die pathologischen Verhältnisse ausreichend wieder? Vermeidet seine Methode der Reizung durch Druck die Zerrung des Nerven? (Dieselben Einwendungen gelten für alle bisher bekannten beabsichtigten experimentellen Nachahmungen des pathologischen Vorgangs. Red.) CARDONE.

117) **Liven. Untersuchungen über den Einfluss der Recurrensnerven auf die Glottis. (Recherches sur l'action des nerfs recurrents sur la glotte.)** *Marseille médical. 1892. p. 3—11.*

Nach einer kurzen Zusammenstellung der von verschiedenen Physiologen über diese Frage angestellten Untersuchungen berichtet L. über seine eigenen Versuche an Hunden, durch die er die Wirkung der Recurrensnerven auf die Glottis festzustellen suchte. L. kommt zu dem Schluss, dass man Oeffnung und Schluss der Glottis erzielen kann, indem man nicht die Intensität, sondern den Rhythmus der Unterbrechungen des Stroms variiren lässt. Die Oeffnung kommt bei langsamem Rhythmus zu Stande, der Schluss bei schnellem.

E. J. MOURE.

118) **Volturiez. Magenhusten und Ohrenhusten. (Toux gastrique et toux auriculaire.)** *Journ. des Sciences med. de Lille. 20. Mai 1892.*

Die Pat. hatte einen rauhen, lauten Husten ohne bekannte Ursache, dabei gleichzeitig Verdauungsbeschwerden; Druck in der Gegend des Epigastriums löste einen Hustenstoss aus. Auch bei Kitzeln in den Ohren erfolgte ein Hustenanfall.

J. BARATOUX.

119) **Goureau. Husten durch Reflex vom Ohr aus. Ein suspecter Pfropf hatte Anlass gegeben zur Stellung der irrthümlichen Diagnose auf Lungentuberculose. (Toux auriculaire. Bouchon omineux ayant donné lieu au faux diagnostic de tuberculose pulmonaire.)** *Actualité médicale. Juni 1892.*

Der Husten war durch eine Reizung des Vagus zu Stande gekommen; es ist begreiflich, dass eine solche in gewissen Affectionen des Gehörgangs eintreten kann infolge der Verbreitung des Arnold'schen Nerven in diesem Theile des Ohres. Der Pfropf wurde entfernt, der bis dahin beständig vorhandene Husten verschwand vollständig.

J. BARATOUX.

120) **Waugh. Kehlkopfhusten im Anschluss an die Grippe. (Laryngeal cough succeeding la Grippe.)** *Times and Register. 16. Jan. 1892.*

Das beste Mittel für dieses Leiden ist eine Combination von Malzextract und Gerba Santa.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

121) **W. F. Chappell. Rathschläge für Husten: seine Ursachen und seine Behandlung. (Hints on coughs — their causes and treatment.)** *N. Y. Medical Journal. 28. Mai 1892.*

Es ist schwer, eine Eintheilung zu geben, nach der die wichtigeren Formen des Hustens von einander zu trennen wären. Nach der relativen Häufigkeit theilt Ch. folgende Klassen ab:

„Erste Klasse. Zweifellos ist in unserm Lande der Morgen-Husten zur Fortschaffung der angehäuften Schleimmassen, der bedingt ist durch nasale Verstopfung, postnasalen Catarrh, die verschiedenen Formen von Pharyngitis oder allgemeine Vergrösserung der Gefässe und des Drüsengewebes des Rachens, des Zungengrundes und der oberen Luftwege weitaus der häufigste.

Zweite Klasse. Am nächsten in der Häufigkeitsskala steht der Husten bei der sogen. gewöhnlichen Erkältung. Die Symptome beginnen in diesen

Fällen gewöhnlich mit acuter Rhinitis oder Influenza und erstrecken sich einen oder ein paar Tage später auf die Luftröhre hinab.

Dritte Klasse. Es kommen nun die verschiedenen Formen des Hustens, die man in den einzelnen Stadien der Phthise trifft.

Vierte Klasse. Viele Leute klagen über einen Husten, der sie bei warmem Wetter verlässt und mit dem Herannahen des Winters wiederkommt. Dieser „Winterhusten" kann verschiedene Ursachen haben — nämlich Bronchialcatarrh oder Schwellung der Bronchialschleimhaut, chronische Bronchitis und latente oder zum Stillstand gekommene Phthise.

Fünfte Klasse. Die nervösen Husten. Diese Form ist wahrscheinlich bei uns zu Lande verbreiteter, als sonst irgendwo. Ihre Schwierigkeit liegt zum grossen Theil in der Hartnäckigkeit des Leidens und darin, dass seine Natur oft übersehen wird. Die nervöse Natur wird manchmal erst erkannt, wenn zahlreiche Hustenmixturen und andere Mittel vergeblich angewendet sind. Kaum ein Organ des Körpers ist noch nicht beschuldigt worden, einen nervösen Husten zu verursachen, und viele von ihnen gewiss auch mit Recht.

Sechste Klasse. Hierher gehören die Fälle, in denen man bei der Untersuchung des Halses die Schleimhaut des Isthmus faucium und die Rachenwand tief roth gefärbt findet, an einigen Stellen jedoch eine dunkelblaue Farbe und ein schlaffes Aussehen, dabei einen wässrig-schleimigen Belag. Dasselbe Bild zeigt sich im Kehlkopf und auch in der Trachea, soweit man hinabsehen kann. Diese Congestionen kommen durch Unmässigkeit im Essen und durch zu starken Genuss alkoholischer Getränke zu Stande. Bei Leuten mit rheumatischen oder gichtischen Anlagen tritt dieser Zustand sehr leicht ein, während er bei anderen nur nach besonderen Excessen oder nach lange fortgesetztem beständigen Trinken zu Stande kommt."

Der Verf. bespricht eingehend die geeignete Behandlung für jede dieser Formen des Hustens. LEFFERTS.

122) **Cassel. Zur Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform.** *Dtsch. med. Wochenschr. 1892. No. 5.*

C. sieht im Bromoform eine nicht zu unterschätzende Bereicherung unseres Arzneischatzes, neben dem Chinin, Belladonna und Antipyrin ihren Werth stets behalten werden. LANDGRAF.

123) **E. J. Wellish. Bromoform bei Keuchhusten. (Bromoform in pertussis.)** *Chicago Med. Rec. Januar 1892.*

Die durchschnittliche Dauer des Keuchhustens ohne Behandlung beträgt 70 Tage. W. behandelte über 100 Fälle mit Bromoform: Die Dauer betrug in diesen Fällen durchschnittlich 37 Tage. Die Dosis war bei Kindern von 3 bis 4 Wochen 1 Tropfen in Wasser 3 oder 4 mal täglich, bei Kindern bis zu einem Jahr 2 oder 3 Tropfen 3—4 mal täglich; man kann auch kleinere Dosen zweistündlich geben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

124) **Beall. Inhalationen gegen Keuchhusten. (Inhalations contre la coqueluche.)** *La Presse Méd. Belge. No. 46. 1892.*

Receptformel für Inhalationen beim Keuchhusten. BAYER.

125) **W. A. Den. Smith. Antipyrin bei Keuchhusten. (Antipyrin in whooping cough.)** *Phil. Med. News. 9. Jan. 1892.*

S.'s Erfahrungen mit diesem Mittel beschränken sich auf etwa 10 Fälle in den letzten 3 Jahren; er sah zwar keine üblen Wirkungen vom Gebrauch des Mittels, aber auch in keinem Falle einen günstigen Effect. Die Fälle betrafen Kinder von 1—12 Jahren und kamen S. alle in einem frühen Stadium der Krankheit zu Gesicht. Das Mittel wurde nach der Methode von Sonnenberger gegeben — d. h. die Dosis dem Alter des Kindes angemessen. Verf. sah in keinem Fall eine Abkürzung des Krankheitsverlaufes, auch war in der Schwere der Klagen des Pat. keine Differenz zu constatiren, wenn das Mittel nach mehrtägigem Gebrauch einmal fortgelassen wurde. LEFFERTS.

126) **J. H. Musser. Der Keuchhusten: die Pflege und die klimatische Behandlung bei demselben. (Whooping cough: its management, its climatic treatment.)** *Climatologist. Phil. 1. 239.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

127) **J. W. Gregg. Keuchhusten. (Whooping cough.)** *Med. Brief. März 1892.*

G. empfiehlt folgendes Recept:

Acid. nitric. 4,0
Syrup. simpl. 120,0
Aq. fontanae 120,0
Tinct. Belladonna . . . 1,0.

M. D. S. 4,0 ccm 1 stdlch. für ein zwei Jahre altes Kind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

128) **J. H. Nicoll** (Glasgow). **Chorea des Kehlkopfs. (Laryngeal chorea.)** *Lancet. 12. März 1892.*

Unter dem Namen „laryngeale Chorea“ versteht man eine Affection der Kehlkopfmuskeln ähnlich der als Chorea bekannten Krankheit der anderen Körpermuskulatur. — Der Verf. behandelt in seiner Arbeit solche Fälle von Chorea, in denen das Leiden in der Rachen- und Kehlkopfmuskulatur begann und eine erhebliche Zeit lang auf diese beschränkt blieb. In allen diesen Fällen war das einzige Symptom, das die Aufmerksamkeit auf den Larynx lenkte, ein trockener, harter Kehlkopfhusten: bei der laryngoskopischen Untersuchung sah man die Stimmbänder häufige schnelle Bewegungen von der Mittellinie nach aussen hin vollführen. Im Verlaufe von ein paar Wochen entwickelte sich in allen diesen Fällen eine allgemeine Chorea und mit der Heilung dieser hörte auch die laryngeale Chorea auf.

Verf. führt den Husten auf den Druck oder die Reizung der sensitiven Partien der Kehlkopfschleimhaut durch die unregelmässigen, choreatischen Bewegungen des Larynx zurück. MACKENZIE-JOHNSTON.

129) **W. Sinclair Brown. Ein letaler Fall von Laryngismus stridulus bei einem 6 Tage alten Kinde. (A fatal case of laryngismus stridulus in an infant 6 days old.)** *Phil. Med. News. 16. April 1892.*

Während das Kind still und natürlich ruhte mit leichter und regelmässiger Athmung, nahm man ein plötzliches Einhalten der Athmung wahr mit nachfolgenden mehr krampfhaften Athembewegungen. Die Inspiration wurde mehr und mehr stertorös und setzte schliesslich ganz aus. Es traten allgemeine tonische Krämpfe ein, die fast die gesammte Körpermuskulatur sowie die Extremitäten betheiligten, besonders aber die Athemmuskeln, so dass der Thorax hart und unbeweglich wurde. Die Vorderarme waren stark pronirt, die Handgelenke flectirt und die Daumen in die Hohlhand gekrümmt. Der Kopf war ausgestreckt und die Beine steif, der ganze Körper dadurch in Opisthotonusstellung. Gesicht und Hals wurden blau und bedeckten sich mit grossen Schweisstropfen. Während des Anfalls schien der Tod direct bevorzustehen, wenigstens waren Puls und Athmung absolut nicht zu constatiren. Nach etwa 10 Minuten, eine Zeit, die jedoch länger erschien, liessen die Krämpfe nach, der Puls kam wieder, ebenso die Athembewegungen, jedoch war die Inspiration nicht mehr so hörbar, wie am Anfang des Anfalls. Gesicht und Hals nahmen wieder ihre natürliche Färbung an und der kleine Pat. schien so wohl wie vorher zu sein, nur wies er die Nahrung zurück. B. diagnosticirte: Laryngismus stridulus. Die Anfälle kamen wieder, bald in kürzeren Intervallen und mit verstärkter Heftigkeit, bis das Kind — offenbar an Erschöpfung — starb. LEFFERTS.

130) **S. S. Adams. Ein Fall von Exitus letalis durch Laryngismus stridulus bei beginnender Rachitis. (A case of death from laryngismus stridulus in incipient rachitis.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 19. Mai 1892.*

Der Pat. war ein 4 Monate altes Kind, das mit der Flasche genährt war; es litt an einem Anfall von Tonsillitis. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

131) **Therapeutische Notiz. Bei Laryngismus stridulus. (For laryngismus stridulus.)** *Phil. Med. News. 23. April 1892.*

Rp. Chloroformii . . . . gtt. X.
Glycerini . . . . 6,0.
Aquae dest. . . . . 30,0.
M. D. S. 1 Theelöffel voll $^1/_2$ stdlch. LEFFERTS.

132) **G. Adler. Ein Fall von sogen. Kehlkopf-Schwindel. (A case of so-called laryngeal vertigo.)** *N. Y. Med. Journ. 30. Jan. 1892.*

Der Verf. giebt eine eingehende Krankengeschichte des interessanten Falles, in dem durch Abtragung eines vergrösserten Zäpfchens Heilung erzielt wurde. Der Artikel ist gut geschrieben und enthält eine Zusammenstellung der Anschauungen der anderen Autoren, die sich literarisch mit dieser Frage befasst haben. LEFFERTS.

133) W. C. Phillips. Ein Fall von sogen. Kehlkopfschwindel oder laryngealer Epilepsie. (A case of so-called laryngeal vertigo — or laryngeal epilepsy.) *N. Y. Med. Record. 12. März 1892. Phil. Med. News. 19. März 1892.*

Verf. giebt die ausführliche Krankengeschichte des Falles, der in keiner Weise von den gewöhnlichen Erfahrungen abweicht. Nach 10tägiger Behandlung verschwanden die Anfälle gänzlich, die Behandlung war eine diätetische und cathartische. Bromnatrium und 0,3 g Kapseln von Eucalyptol 4 mal am Tage. Das Eucalyptol besserte den Husten und den starken Auswurf in wenigen Tagen. Der Verf. schreibt diesem Mittel das günstige Resultat zu.

LEFFERTS.

134) D. B. Delavan, E. D. Fischer und Armstrong. Kehlkopfschwindel. (Laryngeal vertigo.) *N. Y. Med. Record. 12. März 1892.*

Delavan zieht den Ausdruck Kehlkopfkrise vor; er beobachtete 2 Fälle; in beiden bestand ausgesprochene Congestion und Reizung im Kehlkopf. Die Anfälle kamen unter heftigem Husten und gingen mit Bewusstlosigkeit einher. D. amputirte das Zäpfchen und behandelte den Rachen eine Weile, dann trat Heilung ein.

Fisher weist darauf hin, dass ein ähnlicher Zustand bei Tabes beobachtet wird, jedoch nicht öfter, als andere nervöse Krisen. Wenn er die Krankengeschichten der betreffenden Fälle überblickt, so kann er nur wenige herausfinden, bei denen man die Natur der Krankheit oder den Sitz der Läsion genauer bestimmen könnte. Er ist geneigt, an einen cerebralen Ursprung der Krankheit zu glauben, vielleicht eine Affection der laryngealen Rindencentren an der Basis der 3. Stirnwindung. Von der Epilepsie ist das Leiden dadurch unterschieden, dass jene der Behandlung durchaus unzugänglich ist.

Armstrong spricht sich dahin aus, dass eine Vagusreizung als Ursache des Leidens anzusehen ist und nicht ein cerebraler Process oder eine Ueberfüllung der Hirngefässe in Folge der Störung der Athmung. LEFFERTS.

135) J. Solis-Cohen. Die Stimme. (The voice.) *Internat. Med. Magazine. April 1892.*

Verf. giebt eine Reihe von Regeln für öffentliche Redner, Sänger etc. bezüglich des richtigen Gebrauchs der Stimme. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

136) G. Galassi. Ueber die motorischen Bahnen der Sprache. (Sulle vie motrici del linguaggio.) R. Acc. Med de Rome. — *La Riforma Medica. 5. Jan. 1892.*

G. kommt zu dem Resultat, eine Bahn von Fasern aufzustellen, welche die Verbindung zwischen den corticalen Spachcentren und den bulbären Theilen herstellt.

G. sieht diese Fasern in den Bündeln, welche vom Fuss des Pedunculus cerebri zum Lemniscus gehen und als Tegmentum pedunculi bezeichnet werden. Die von G. beigebrachten Facta geben einen fast vollständigen Beweis. — Man müsste danach in Fällen von motorischer Aphasie infolge von Verletzung des cor-

ticalen Sprachcentrums ohne Hemiplegie etc. etc. eine absteigende Degeneration dieser Bündel nachweisen können. CARDONE.

137) **Winckler** (Bremen). **Ueber Ausbreitung der Sprachstörungen unter der bremischen Schuljugend.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 3. 1892.*

In den sämmtlichen Schulen Bremens wurden die Kinder auf Sprachgebrechen untersucht. Es zeigte sich, dass unter 12087 Knnben 197 Stotterer und 86 Stammler, unter 11575 Mädchen 62 stotternde und 72 stammelnde waren. Die meisten Stotterer kamen auf das 10.—12. Lebensjahr. SEIFERT.

138) **J. Walker Downie** (Glasgow). **Einige die klare Aussprache behindernde Verhältnisse. (Some conditions hindering clear vocalisation.)** *Practitioner. März 1892.*

Ein klinischer Vortrag, der die Nasen-, Rachen- und Kehlkopfsverhältnisse beschreibt, welche eine richtige Sprachbildung stören. MACKENZIE-JOHNSTON.

139) **Combemale. Sprachstörungen nach Variola. (Troubles de la parole consecutifs à la variole.)** *Arch. gen. de med. Juni 1892.*

Während u. nach der Eruption der Variola können sich Sprachstörungen paralytischer oder atactischer Art geltend machen. Die ersteren sind vorübergehender Natur, heilbar; sie äussern sich in Aenderungen des Timbres der Stimme, die schwach und krankhaft, wie gebrochen ist, und in Störungen der Aussprache und der Articulation besonders bei den labialen und den dentalen Lauten. Die Störungen der zweiten Art sind weit seltener und bleibender, sie ähneln denen der multiplen Sclerose. Diese sind durch anatomische Verändederungen in den nervösen Centren bedingt, die ersteren dagegen durch die Entwickelung von Variolapusteln an den afficirten Partien selbst; es giebt aber nach Verf. auch ein Variolagift, das aus den Pusteln resorbirt wird und auf die nervösen Endapparate wirkt. J. BARATOUX.

140) **Winkler** (Bremen). **Zur Casuistik und Therapie gewisser Sprachstörungen.** *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 11, 12, 13, 14 u. 15.*

Ein Fall von Stottern bei „H" wurde durch Wegsammachung der ganz verstopften Nase und folgende Stotterbehandlung geheilt. Der zweite Fall, ein hochgradiger Stotterer wurde nach Entfernung von aden. Vegetation und Heilung der Rhinitis chron. hypertrophica in 5 Wochen von Winkler geheilt. Er verwendete dazu die Gutzmann'sche und Cöen'sche Methode und geht besonders des Näheren ein auf die Sprachtherapie bei Gaumendefecten und nach Nasenoperationen, auf die Bedeutung des Passavant'sches Wulstes und auf die Gutzmann'sche Therapie des Näselns, die in Sprachübungen besteht; besonders soll der Purkinje'sche Blählaut fleissig geübt werden, weil er den Schluss des Nasenrachenraumes sehr energisch nöthig macht CHIARI.

141) **Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Ueber den Zusammenhang von Sprachgebrechen mit Nasen- und Rachenleiden.** *Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilkunde. 4. 1892.*

Br. bespricht in einer auch dem Laien verständlichen Weise den Zusammen-

hang von Sprachgebrechen mit Nasen- und Rachenleiden. Im Allgemeinen wird ein Sprachgebrechen durch Beseitigung gewisser Fehler des Athmungsweges um so günstiger ohne weiteres beeinflusst werden, je stärker diese sind und in um so früheren Lebensalter solches geschieht. Kinder mit Sprachgebrechen können deshalb nie früh genug einem sachverständigen Arzte zur Untersuchung überwiesen werden. SEIFERT.

142) **Mielecke** (Spandau). **Wie erhalten, befestigen und vervollkommen wir die gewonnene Sprache bei den in öffentlichen Sprechkursen behandelten stotternden Kindern.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. 1. 2. 1892.*

Sehr sorgfältige wohlverständliche Besprechung jener Vorschriften, nach denen sich Sprachlehrer zu richten haben. Ein Satz möge hier angeführt werden. Beim Schulunterricht überhaupt soll der Lehrer die Schüler dahin bringen, dass sie vor ihm sich ruhig besinnen lernen, d. den Muth dazu gewinnen. Dies gilt ganz besonders für die aus dem Sprachcoursus kommenden Kinder. Um den Kindern den nothwendigen Muth einzuflössen, muss er selbst ruhig und geduldig erscheinen, denn die Geduld und Ruhe wirkt zurück auf die Kinder, wie sich andernfalls seine Ungeduld und Hast auf diese überträgt. SEIFERT.

143) **Onodi** (Pest). **Spastische Aphonie.** Demonstration i. d. Gesellsch. d. Aerzte am 26. März 1892. — *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 14.*

O. führt die Erkrankung auf Hysterie zurück. Elektrische Behandlung und Hypnose blieben erfolglos. O. will noch Hydrotherapie versuchen. CHIARI.

144) **Jendrássik** (Pest). **Heilung eines Falles von spastischer Aphonie durch Suggestion.** Demonstration der Kranken i. d. Gesellsch. d. Aerzte in Pest am 5. März 1892. — *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 12.*

J. zeigt seine Methode, wie er die Aphonie weg- und zurücksuggerirt. Goldzieher, Moskovitz, Rákosi, M. Weiss und Patay halten die Kranke für eine Simulantin; Moskovitz kennt sie seit Monaten und behauptet, dass sie sprechen kann, so oft sie will. Jendrassik schliesst die Simulation aus, da die Kranke auch an hysteroepileptischen Krämpfen leidet. CHIARI.

145) **C. W. Hayward. Drei Fälle von Aphonie. (3 cases of aphonia.)** *Journal Ophth., Otol. and Laryngology. April 1892.*

H.'s Fälle illustriren die Thatsache, dass ähnliche Symptome durchaus nicht immer auf identische oder auch nur auf ähnliche Ursachen zurückzuführen sind. In dem einen Fall lag syphilitische Laryngitis, im zweiten tuberculöse Laryngitis, und im dritten eine Stimmbandcyste vor.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

146) **Grossmann** (Wien). **Die diagnostische Bedeutung der Aphonie.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 10 u. 11.*

Nichts Neues. Artikel aus dem „Diagnostischen Lexicon“, welches demnächst erscheinen soll. CHIARI.

147) **Natier. Ein Fall von hysterischer Stummheit. (Un cas de mutisme hysterique.)** *France méd. 1892. p. 179.*

Der Fall betrifft eine hysterische Frau, die 59 Tage lang stumm blieb; laryngoskopisch zeigte sich eine complete Lähmung beider Stimmbänder in Abductionsstellung. J. BARATOUX.

148) **Troisier. Hysterische Stummheit (Mutisme hysterique.)** *Soc. méd. des hôpitaux. 8. April 1892.*

Der Kranke bietet das Bild der motorischen Aphasie dar und ist aphonisch; er kann nicht ein einziges Wort aussprechen und nicht das leiseste Geräusch hervorbringen. Er bewegt Lippen und Zunge, kann schreiben und ist weder wortblind noch worttaub. Es besteht eine Parese der rechten Seite mit Hemianaesthesie der Haut und der Schleimhäute, Eineingung des Gesichtsfeldes, Schwäche des Gesichts, des Geschmacks und des Geruchs. Die Stummheit entstand ganz plötzlich vor 19 Tagen im Anschluss an einen Rausch. Im vergangenen Jahre war der Pat. einmal im St. Annen-Irrenhaus behandelt worden wegen Hallucinationen mit Delirien. J. BARATOUX.

149) **Troisier. Hysterische Stummheit geheilt durch Faradisation. (Mutisme hystérique guéri par faradisation.)** *Soc. de méd. des hôpitaux. 22. April 1892.*

Der in der letzten Sitzung von Tr. vorgestellte Kranke ist sehr schnell geheilt worden durch die Faradisation des Halses und des Gesichts; derselbe ist heute wieder im vollen Besitz seiner Stimme, Es ist jedoch der Wahrheit gemäss zu sagen, dass Tr. gewissermaassen den Boden vorbereitet hatte, indem er dem Kranken fest versicherte, dass sein Leiden heilbar sei und dass es unter der Anwendung des elektrischen Stromes verschwinden würde. Die Stummheit verschwand denn auch rapide, es folgte auch kein Stottern, nur machte sich während einiger Tage eine gewisse Langsamkeit des Wortes geltend. J. BARATOUX.

150) **Pick** (Prag). **Ueber die Beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie.** *Prager med. Wochenschr. 1892. No. 16.*

P. beschreibt einen Fall, bei dem die Aphasie durch Atrophie der ganzen linken Grosshirnhemisphäre und zwar besonders des Lobus temporalis bedingt war. Ausserdem weist er auf 2 ähnliche Fälle in der Literatur hin. CHIARI.

151) **H. Krause. Ueber die centripetale Leitung des N. laryng. inf. und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1892. No. 20.*

In weiterer Verfolgung seiner bekannten Versuche und im Anschluss an eine Arbeit von R. Burkart: „Ueber den Einfluss des Nerv. vagus auf die Athembewegungen“ hat Kr. neuerdings Versuche an Kaninchen, Katzen und Hunden angestellt, deren er 9 mittheilt. Dieselben führen ihn zu dem Schluss, dass dem Nerv. recurrens ausser der centrifugalen auch eine centripetale Leistungsfähigkeit zuzusprechen sei (Burkart) und dass die centripetale Reizung des Nerven nicht nur die Exspirationsstellung des Zwerchfelles und einen Athmungs-

stillstand in dieser Respirationsphase, sondern gleichzeitig auch die Verengerung des Kehlkopfs, die Adductionsstellung der Stimmbänder und einen mehr oder weniger lange andauernden Stillstand der letzteren in dieser Stellung auszulösen vermag. Die Medianstellung des Stimmbandes sei als Reflexcontractur aufzufassen. LANDGRAF.

152) **J. Katzenstein. Ueber die Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrenslähmung.** *Virch. Arch. 128. Bd. 1892.*

K. hat an Hunden eine Nachprüfung der zu merkwürdigen Ergebnissen führenden Experimente Wagners angestellt und kommt zu folgenden Resultaten:

Nach ein- wie nach doppelseitiger Durchschneidung der Nn. recurrentes tritt Cadaverstellung und Unbeweglichkeit der betreffenden Stimmbänder ein.

Die Durchschneidung des Laryng. sup. nach vorheriger Durchschneidung des gleichseitigen Recurrens macht das in Cadaverstellung befindliche Stimmband schlaff, es schlottert und steht etwas tiefer, als das gesunde.

Die Durchschneidung des N. pharyng. med. e vag. nach Durchschneidung des gleichseitigen Recurrens und Laryng. sup. hat keinen Einfluss auf die Stimmbandstellung; ebensowenig nach Durchschneidung des gleichseitigen Recurrens.

Die Durchschneidung des Laryng. sup. nach Durchschneidung des gleichseitigen Recurrens und Pharyng. med. e vago bewirkt ein Schlaffwerden und Tiefertreten des Stimmbandes.

Die Durchschneidung des Laryng. sup. allein macht das betreffende Stimmband schlaff, hebt die Sensibilität derselben Seite des Kehlkopfs auf, beeinträchtigt aber nicht die Beweglichkeit. Der M. cricothyreoideus ist also der Stimmbandspanner; er hat mit der Medianstellung nichts zu thun.

Bei den Wagner'schen Versuchen haben sich wahrscheinlich bei der Durchschneidung des Recurrens Quetschungen und Zerrungen im Endresultat geltend gemacht, als deren Folge sich nicht Lähmungs- sondern Reizungserscheinungen kund thun, analog den Krause'schen Resultaten. A. ROSENBERG.

153) **Mackenzie Booth** (Aberdeen). **Kehlkopflähmung. (Laryngeal paralysis.)**

B. stellte den Pat. in der dortigen Abtheilung der B. M. A. vor; der Bericht sagt nichts Näheres über den Fall. MACKENZIE-JOHNSTON.

154) **Suckling. Bulbärparalyse mit beiderseitiger Lähmung der Stimmbandabductoren; Tod nach der Tracheotomie. (Bulbar paralysis with bilateral paralysis of the abductors of the vocal cords: death after tracheotomy.)** *Lancet. 30. Jan. 1892. Brit. Med. Journ. 9. Jan. 1892.*

S. berichtete in der Midland Med. Society über den Fall eines Mannes, der wegen hochgradiger Dyspnoe in das Hospital aufgenommen wurde; derselbe litt seit 3—4 Jahren an Bulbärparalyse, die Dyspnoe war erst kürzlich eingetreten. Da man die Stimmbänder in Adductionsstellung fand,, wurde es für rathsam erachtet, die Tracheotomie auszuführen. Ein paar Stunden nach der Operation wurde der Pat. cyanotisch und starb. Hirn u. Nerven sind nicht mikroskopisch untersucht worden. MACKENZIE-JOHNSTON.

155) **Geo W. Major. Betrachtungen über Lähmung der äusseren Stimmbandspanner. (Observations on paralysis of the external tensors of the vocal bands.)** *N. Y. Med. Journ. 20. Febr. 1892.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem die wellige Aussenlinie der Glottis, die Convexität der oberen Fläche der Stimmbänder bei der Exspiration und Phonation, die Concavität bei der Inspiration, die Wandelbarkeit der Berührungspunkte der freien Ränder beider Stimmbänder zu verschiedenen Zeiten und schliesslich das schlaffe und welke Aussehen der Stimmbänder als deutlich ausgesprochene Symptome auffielen. Die Contraction der Mm. crico-thyreoidei beim Phoniren, wenn der Ringknorpel vorn sich in die Höhe zog, die man am Halse zumeist fühlen kann, fehlte vollständig. Das Auftreten einer acuten Entzündung der gesammten Thyreoidea während der Dauer der Parese (das beschriebene Bild erlitt keine Veränderung dabei) ist noch als eine ungewöhnliche und interessante Complication zu erwähnen. Dass Dyspnoe fehlte, dagegen die Athmung während der Lähmung geräuschvoll war, ist bemerkenswerth. Während die Entzündung der Schilddrüse auf ihrer Höhe war, traten Athembeschwerden ein, jedoch ohne Veränderung des Kehlkopfbildes; dieselben sind vermuthlich mehr auf den Druck der Trachea, als auf den Nerven zu beziehen. LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

156) **Korányi** (Pest). **Ueber die Entzündung der Schilddrüse.** Vortrag i. d. Gesellsch. d. Aerzte 26. März 1892. — *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 14.*

K. bespricht die Entzündung der gesunden Schilddrüse, Thyreoiditis, im Gegensatze zur Strumitis — Entzündung der strumös entarteten Schilddrüse. Thyreoiditis beobachtete er 4 Mal und zwar 3 Mal infolge acuter Infectionen (Puerperalfieber und Typhus). Alle heilten. K. hält die Th. für eine Krankheit haematogenen Ursprungs. Therapie antiphlogistisch. Morelli beobachtete 3 Fälle. Pertik betont, dass strumöse Schilddrüsen mehr geneigt sind zu Entzündungen, als gesunde. Stiller führt die Schlingbeschwerden bei Thyreoiditis auf Zerrung der Schilddrüse beim Schlingakte zurück. CHIARI.

157) **Korányi** (Pest). **Ueber die acute Entzündung der Schilddrüse**· *Orvosi Hetilap. 1892. No. 15 u. 16. Pester med. chir. Presse. 1892. No. 20 u. 21.*

Ausführliche Publication über die 4 Fälle von Thyreoiditis, die K. beobachtet hat. V. Referat aus Pest. med. chir. Presse. 1892. No. 14.

CHIARI.

158) **Kocher** (Bern). **Zwei Strumitiden.** Klin. Vorstellung. Mangelhaftes Referat im *Corr.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. No. 9. 1892.*

Die eine trat nach einer acuten Erkrankung (?) auf und es wurden im Eiter Pneumokokken nachgewiesen; die zweite, ebenfalls secundär, führte durch das Vorkommen von Typhusbacillen im Kropfeiter zur Diagnose der primären Allgemeinerkrankung als Typhus. JONQUIÈRE.

159) **Frank** (Wien). **Sequestrirung eines Strumaknollens in der Abscesshöhle. Heilung.** *Intern. klin. Rundschau. 1892. No. 27.*

Strumitis hatte zur Nekrose eines apfelgrossen Stückes der Struma geführt. Der Abscess wurde eröffnet, drainirt. Heilung. CHIARI.

160) **Kugler** (Graz). **Zur Diagnostik des Nebenkropfes und Kropfes.** *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 13, 14 u. 15.*

Nach Beschreibung eines Falles von isolirtem lateralem Nebenkropfe, giebt K. die Momente an, die bei der Diagnose behilflich sind: 1. Bestehen seit Geburt und Vergrösserung zur Zeit der Pubertät. 2. Verbindung mit der Schilddrüse (kann fehlen). 3. Anschwellen während der Menses und Gravidität. 4. und 5. Verbindung mit dem Larynx oder Zungenbeine. 6. Vorkommen bei weiblichen Individuen. 7. Bedeckung der Geschwulst mit Venennetzen. 8. Verwachsung mit Zungenbein oder Kehlkopf. Natürlich fehlen oft einzelne Symptome. Den Schluss bildet die Geschichte eines Lipomes, welches an der vorderen Halsgegend gelegen, einem Kropfe sehr ähnelte, aber doch von Wölfler richtig diagnosticirt wurde. CHIARI.

161) **Podbelsky** (Kasan). **Ueber das Vorkommen des Colloids in den Lymphgefässen der strumös erkrankten menschlichen Schilddrüse.** *Prager medicin. Wochenschr. 1892. No. 19 u. 20.*

Im anatomisch patholog. Institute in Prag untersuchte P. auf Anregung H. Chiari's bin 20 strumöse menschliche Schilddrüsen und konnte nur in vier Fällen das Colloid in den Lymphgefässen nachweisen, während bei Thieren dieses Vorkommniss sehr häufig, ja die Regel ist. P. hofft, dass man bald gesunde Schilddrüsen des Menschen untersuchen dürfte, und stellt es als denkbar hin, dass das in den Follikeln der strumösen Schilddrüse angesammelte Colloid durch Ausdehnung der Follikel den Uebertritt des Colloids aus den Follikeln in die Lymphgefässe des perifolliculären Bindegewebes erschwere. CHIARI.

162) **H. Mc Guire. Kropf. (Goitre.)** *Med. Brief. März 1892.*

Verf. empfiehlt die kataphoretische Behandlung mittelst Jod, das er folgendermassen applicirt: Eine becherförmige Elektrode, die in ihrer Höhlung ein Stück mit Jodlösung getränkter Watte enthält, wird oberhalb der vergrösserten Drüse angesetzt und mit dem positiven Pol einer galvanischen Batterie verbunden, der negative Pol kommt hinten an den Hals und ein Strom von 6 oder 8 Milliampères wird 10 Minuten lang durchgeleitet. Diese Procedur wird 3 Wochen lang täglich wiederholt; oft kommt dadurch der Kropf zum Verschwinden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

163) **J. Wolff. Vorstellung eines Falles von halbseitiger Kropfexstirpation.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 4.*

W. demonstrirte den Fall zum Beweise seiner früher aufgestellten Behauptung, dass bei rein hyperplastischer Struma die Exstirpation der einen Hälfte ein Zurückgehen auch der zurückgelassenen 2 Hälfte bewirke. LANDGRAF.

164) **G. Balsamo. Totalexstirpation der Schilddrüse wegen sarkomatöser Kropfgeschwulst. (Tiroidectomia totale per gozzo sarcomatoso.)** *La Riforma medica. 8. Januar 1892.*

Die Operation, die glücklich verlief, wurde von Romano ausgeführt. B. berichtet als einen ungewöhnlichen Zufall infolge der Operation die Lähmung des unteren Facialisastes mit Parese des Gaumensegels und mit aphonischer Stimme. B. nimmt eine Verletzung des M. recurrens an.

Eine laryngoskopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen; dagegen ist der Tumor sorgfältig mikroskopisch untersucht worden. CARDONE.

165) **R. Paltauf. Zur Kenntniss der Schilddrüsentumoren im Innern des Kehlkopfs und der Luftröhre.** (Aus dem path.-anatom. Institut zu Wien.) *Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. (Ziegler) 1891. I. 1.*

P. kommt auf Grund eines genau untersuchten Falles, in dem er ein Durchdringen der Schilddrüse in das Lumen der Trachea nachweisen konnte, und unter Berücksichtig der 6 in der Litteratur niedergelegten Fälle zu dem Schluss, dass oben genannte Schilddrüsentumoren nicht die embryonale Theorie rechtfertigten, dass vielmehr ein Hineinwuchern in das Lumen stattfinde, nachdem eine Fixation der Schilddrüse an den Ringknorpel und die Trachea entstanden ist, dadurch, dass die erste Anlage berereits durch ungenügende Differenzirung des zwischenliegenden Zellgewebes an die Knorpel fixirt wurde. Das Eindringen des Schilddrüsengewebes in die Interstitien und in die Schleimhaut findet erst in der Pubertätszeit statt. A. ROSENBERG.

g. Oesophagus.

166) **R. H. Whitehead. Verstopfung des Oesophagus. Behandlung mittelst künstlicher Digestion. (Oesophageal obstruction; treatment by artificial digestion.)** *North Carolina Med. Journ. Febr. 1892.*

Es handelte sich um ein Kind von 9 Jahren. Der Fremdkörper war ein Stück Fleisch, das 6 Tage vorher verschluckt worden war und den Oesophagus vollständig ausfüllte. Nachdem sich W. vergewissert hatte, dass die Kleine Flüssigkeiten tropfenweise schlucken konnte ohne zu regurgitiren, gab er ihr 15 Tropfen einer Papainlösung und 5 Tropfen verdünnter Salzsäure alle 10 Minuten. Nach dem Einnehmen von 3 oder 4 Dosen wurde die ganze Menge wieder ausgebrochen. Nachdem dieses 5 Stunden lang fortgesetzt war, warf die Pat. ein Stückchen knorpliger Masse aus, doch konnte sie auch jetzt noch nicht schlucken. Nach weiteren 2 Stunden war das Fleisch offenbar zersetzt und wurde geschluckt; jetzt konnte die Pat. ohne Mühe schlucken und sie wurde sehr schnell wieder wohl. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

167) **E. v. Bergmann** (Berlin). **Ueber den Oesophagusdivertikel und seine Behandlung.** *Arch. f. klin. Chir. 43. 1. 1892.*

In dem von v. Bergmann beschriebenen Fall handelte es sich um eine

38jährige Patientin, welche in ihrem achten Lebensjahre an einer Eiterung am Halse gelitten hatte. Pat. bot alle Eigenthümlichkeiten des Oesophagusdivertikels. Erschwert war die Untersuchung durch eine mässig grosse Schwellung der Glandula thyreoidea. Da alle therapeutischen Versuche, u. A. auch die Sondenbehandlung nach Berkhan misslangen (Pat. konnte wohl selbst zuweilen die Sonde in den Magen bringen, aber es stellten sich sofort unbezwingbare Brechbewegungen ein, sobald die Sonde in den Magen gekommen war), wurde durch Operation der Sack isolirt, an seiner Abgangsstelle vom Oesophagus abgeschnitten, und die Wunde im Oesophagus durch die Naht geschlossen. Heilung.

SEIFERT.

168) **Onodi** (Pest). **Verletzung des Oesophagus mittelst Schlundsonde.** *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 26.*

Ein Fall mit Emphysema subcutan. kam zur Heilung; ein zweiter erlag.

CHIARI.

169) **A. G. Gerster. Ein Beitrag zur Chirurgie des Oesophagus. (A contribution to the surgery of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Journal. 6. Februar 1892.*

Der Autor stellt eine Reihe interessanter Fälle zusammen zur Illustration seiner Anschauungen über die Chirurgie des Oesophagus. Das Studium dieser Fälle führt G. zu dem bestimmt ausgesprochenen Schluss, dass wenn, ein Fremdkörper im Oesophagus sich festsetzt und ohne Anwendung starker Gewalt sich weder in den Magen hinabstossen noch extrahiren lässt, dass dann die sofortige äussere Oesophagotomie zur Pflicht wird. Abgesehen von den Fällen, in denen ein Kropf oder ein cervicaler Tumor die sonst einfache Ausführung der Operation behindert, ist die zur Zeit geübte Operationsweise relativ sicher; ihre Mortalitätsziffer für alle Fälle zusammen, frische wie alte, gute wie schlechte, wird von Fischer auf 20 pCt. berechnet. Die Verhältnisse liegen etwa ebenso, wie bei einem eingeklemmten Bruch: Eine Frühoperation ist sicher; eine späte gefährlich und oft nutzlos. Ein länger als 24 Stunden dauernder Aufschub ist niemals gerechtfertigt, und wenn am Ende dieser Wartezeit die Extraction auf unblutigem Wege nicht leicht auszuführen ist, soll sogleich operirt werden.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Medico-Chirurgical Society of Edinburgh.

November 1891.

(Edinburgh. Med. Journal, Januar 1892.)

P. Mc. Bride (Edinburgh) sprach über:

„Cystische Geschwülste in Hals, Nase und Ohren."

(Der Vortrag wird an anderer Stelle erscheinen.)

An der sich anschliessenden Discussion betheiligten sich Prof. Struthers, Dr. Mackenzie-Johnston und Dr. Reginald Horsley.

Mackenzie-Johnston.

---

b) British Laryngological and Rhinological Association.

Versammlung vom 27. November 1891.

(Bericht des Journal of Laryngology, December 1891.)

Vorsitzender: Lennox Browne.

Dundas Grant demonstrirt seine geschützte Kehlkopfzange. Er beschreibt sie als eine Mackenzie'sche scharfe Zange, die am Ende beider Blätter mit einem ebenfalls mit scharfen Rändern ausgestatteten, durch ein Charnier beweglichen Fortsatz versehen ist. Zur Kritik dieses Instrumentes ergreifen Mark Hovell, Stoker und der Vorsitzende das Wort.

Der Vorsitzende stellt danach ein 18jähriges Mädchen mit primärem Schanker der Wange vor.

Dundas Grant zeigt 2 Fälle von Kehlkopfstenose infolge von tertiärer Syphilis.

Mark Hovell stellt einen Fall von maligner Erkrankung der Schilddrüse und einen von Epitheliom des Stimmbandes vor.

Wyatt Wingrave demonstrirt eine Anzahl von mikroskopischen und anderen Präparaten.

Dundas Grant hält hierauf einen Vortrag über die Lichtwitz'sche Methode der Probe-Punction und -Irrigation der Highmorshöhle von dem unteren Nasengang aus. Redner beschreibt die nöthigen Instrumente und die Methodik der Perforation. Er sieht die Operation als nützlich an, jedoch nur in ihrer Eigenschaft als Hilfsmittel für die Diagnose.

Es schloss sich dem Vortrage eine Discussion an, in der Stoker, Wingrave, Stewart und der Vorsitzende das Wort ergriffen.

Middlemas Hunt sprach über einen „Fall von croupöser Rhinitis". Pat., eine Dame, litt dem Anscheine nach an einer gewöhnlichen Erkältung. Zehn Tage später war die eine Nasenseite verstopft und es fand sich eine dicke weisse Membran in derselben von wässrigem Sekret umspült. Die Pseudomembran wurde mehrmals entfernt, war aber immer bald wieder da. Drüsenschwellungen fehlten, der postnasale Raum war frei von Membranen; ebenso fehlten alle Allgemeinerscheinungen. Etwa 15 Tage nach Beginn des Anfalls bildete sich die Pseudomembran nicht mehr neu.

Der Vorsitzende, Grant, Warden und Stewart äusserten sich in kurzen Bemerkungen über die Seltenheit des Falles.

Die Ansprache des Vorsitzenden gab

„Einen Rückblick auf ein Vierteljahrhundert Laryngologie“.

Der Redner verfolgte das Wachsthum und die Entwicklung der laryngologischen Studien und Praxis in London und gab eine Statistik über die wachsende Zahl der in den Specialkrankenhäusern Rath nachsuchenden Kranken. Redner sprach seine Ueberzeugung aus, dass das Beste in der Laryngologie und so auch in allen anderen Zweigen der Medizin, dem Specialisten zu danken sei und nicht dem allgemeinen Praktiker. — Unter anderem erwähnte Redner die ausserordentlichen Vortheile, die durch unsere bessere Kenntniss der Folgen der adenoiden Vegetationen oder durch unsere verbesserten Behandlungsmethoden der Tuberculose gewonnen seien; Redner schloss mit der Hoffnung, dass die laryngologische Wissenschaft durch ehrliche Arbeit auch weiter fortschreiten und sich vervollkommnen werde.

Mayo Collier eröffnete eine Discussion über die Verbiegungen der Nasenscheidewand, indem er auf die Häufigkeit und die Bedeutung dieser Affection hinwies. Er erörterte zunächst die anatomischen Verhältnisse des Septums, die die Bildung von Ausbuchtungen sehr erleichterten, und gab seiner Meinung Ausdruck, dass in nicht wenigen Fällen die Deviation eine Folge von Parese der Nasenmuskeln sei. Er folgerte, dass wo ein Nasenloch verschlossen wird — durch Lähmung des Dilatator narium, Verletzung oder Entzündung des Knorpels, Vergrösserung der unteren Muschel, Polypen u. s. w. — die Folge ein partielles Vacuum in der verstopften Nasenseite ist. Dadurch kommt ein beträchtlicher Druck auf das Septum bei jeder Inspiration von der freien Nasenseite gegen die verschlossene hin zu Stande und wenn dieser lange fortdauert, muss das Septum an seiner dünnsten und schwächsten Stelle nachgeben d. h. es wird deflectirt.

Redner bespricht die verschiedenen Theorien über die Aetiologie dieser Affection und erwähnt zum Schluss die Ziem'schen Experimente der künstlichen Verschliessung einer Nasenseite bei jungen Thieren, die seine Theorie stützen.

An der sich anschliessenden Discussion betheiligten sich Grant, Warden und Hovell.

Mackenzie-Johnston.

---

c) Berliner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. März 1892.

H. Davidsohn:

Die electrische Durchleuchtung der Gesichtsknochen.

D. kommt auf Grund seiner sehr sorgfältig, häufig und regelmässig vorgenommenen Durchleuchtung zu einigen von Heryng und Vohsen abweichenden Resultaten; er legt nicht das Hauptgewicht auf die Helligkeitsunterschiede der beiden Wangenseiten, sondern hält als das einzig sichere und verwerthbare Zeichen für die Diagnose des Empyema antri Highmori die Durchleuchtung des

Auges. Bei Anwesenheit selbst der geringsten Quantität Eiter bleibt das Auge dunkel, während die betreffende Wangenseite hell erscheinen kann. Die Durchleuchtung des Auges geschieht durch die in die Highmorshöhle einfallenden Lichtstrahlen, was bei auf dem Boden derselben befindlichen, Licht nicht durchlassenden Eiter nicht erfolgen kann. Bei geringerer Eitermenge kann bei normaler Nasenschleimhaut das in die Nasenhöhle eingedrungene Licht die Highmorshöhle erleuchten — nicht aber bei Schwellungen, Hypertrophien u. s. w. Die Tiefe des Schattens giebt keine Vorstellung über die im Antrum vorhandene Quantität Eiters. Die Durchleuchtung des Auges schliesst die Anwesenheit einer auch noch so geringen Eiterung aus. Die Pupille ist dabei mindestens mittelweit, sehr oft maximal weit. Der dunkle Ring um die Orbita ist der Schatten der das Auge umgebenden Fettkapsel. — Aus dem Dunkelbleiben des Auges auf Anwesenheit von Eiter zu schliessen ist deswegen nicht unter allen Umständen zulässig, weil bei abnormer Gaumenform das Licht gar nicht bis in die Orbita gelangen kann, sondern schräg nach der Nase gebrochen wird.

B. Fraenkel demonstrirt eine Patientin, die neben einer Nasenstenose in Folge adenoider Vegetationen, an Struma, Herzklopfen, beschleunigtem Pulse und geringem Exophthalmus litt. Nach der Entfernung der Rachentonsille hat die Struma sich erheblich verkleinert und die Zahl der Pulse ist von 116 auf 84 zurückgegangen.

Lublinski sah bei „wahrem Morbus Basedowii" nie Erfolg von Behandlung etwaiger Erkrankungen im oberen Respirationstractus.

Demme demonstrirt ein wallnussgrosses Fibrom an der Wangenschleimhaut einer 33jähr. Dame und kleineres Papillom der Zunge eines 24jähr. Mannes.

Lublinski sah bei einer 54jähr. Dame an der Zungenspitze ein Papillom, das die Pat. seit der Kindheit hatte.

Wolf zeigt eine nach dem Princip der Böcker'schen Röhrenzange construirte Zange mit gefensterten, drehbaren Löffeln.

v. Krzywicki: Demonstration des „Laryngographen", eines modificirten Marey'schen Sphygmographen, der dazu bestimmt ist, die Kehlkopfstellung beim Sprechen und Singen graphisch aufzuzeichnen; er ist an einem gelenkigen Stativ angebracht; der Kopf des Untersuchten wird nach hinten durch einen Kopfhalter fixirt. Vorzeigung verschiedener Curven von männlichen Mittel- und höheren Stimmlagen und von einem Patienten mit multipler Sklerose und einiger Respirationscurven. K. verspricht sich werthvolle physiologische Resultate von seinem Apparat, den er erst 14 Tage verwendet. Er hat ihm bis jetzt gezeigt, dass bei hohen Tönen der Kehlkopf steigt, bei tiefen sich senkt, und dass höhere Stimmlagen einen frappanten Einfluss auf die Curve des Vocals „u" haben.

Discussion über den Vortrag Holz: Kehlkopfbefund bei traumatischer Neurose.

Grabower glaubt, dass es in dem ersten von H. angeführten Falle sich vielleicht um einen in Folge einer Brustquetschung erfolgten Bluterguss in den Brustraum handelt und so ein Druck auf den Recurrens ausgeübt worden ist;

also keine centrale Störung. Im zweiten Falle sah er eine relativ weite inspiratorische Glottis, einen wechselnden Kehlkopfbefund, so dass es sich um eine myopathische Parese der Cricoarytaen. handle, aber nicht um eine centrale Störung, bei der gradatim eine Verschlimmerung hätte eintreten müssen. Es handle sich um eine Einbusse der contractilen Energie der contractilen Muskelsubstanz.

B. Fraenkel betont G. gegenüber, dass eine functionelle Störung nicht immer eine periphere, im Larynx gelegene Ursache zu haben brauche, ohne deswegen hier sicher eine organische centrale Erkrankung anzunehmen.

Scheier sah in 10 Fällen von traumatischer Neurose 6mal das Geruchsvermögen herabgesetzt (2mal einseitige Anosmie) und ebenso den Geschmackssinn beeinträchtigt; 7mal war die Sensibilität verringert, 2mal einseitige Anästhesie der Nase und des Larynx.

Katzenstein sah nie bei traumatischer Neurose etwas Auffälliges, gewöhnlich Internusparese.

Holz: Sein erster Fall sei nicht, wie Gr. annehme, geheilt; im zweiten sei noch heute das Bild unverändert gegen früher. Es bestehe eine Parese der Ab- und Adductoren, für die doch kaum der Katarrh verantwortlich zu machen ist. Ausserdem bestehe hier der grosse Symptomencomplex — totale linksseitige Hypästhesie (auch im Pharynx), motorische Lähmung der linken Körperhälfte u. a. m. —; es spiele sich wohl ein abnormer Process in der rechten Gehirnrinde ab.

Sitzung vom 20. Mai 1892.

Grabower stellt einen Pat. mit Tabes vor, der eine reine Posticuslähmung hat ohne eine Contractur der Adductoren. — Das Stimmband steht bei Respiration zwischen Median- und Cadaverstellung und rückt bei der Phonation nach innen, wobei der excavirte Rand sich anspannt, es ist also dieser Fall ein Beweis dafür, dass die Medianstellung eine Lähmungs- und nicht eine Reizungserscheinung ist.

B. Fränkel. Die Krisen bei Tabes sind keine Spasmen, sondern Anfangserscheinungen der Posticuslähmung. In diesem Falle liege gewiss keine Recurrensreizung vor, da alle vom Centrum ausgehenden Reize auf den Kehlkopf doppelseitig sind.

Schötz u. a. Redner bestreiten die Beschränkung des r. Stimmbandes nach aussen in dem von Gr. angegebenen Sinne, geben aber schliesslich eine Schwäche des r. Posticus zu.

Herzfeld demonstrirt eine für die Operation der Leisten bestimmte Nasenscheere, die übrigens nichts anderes ist, als die gerade gestellte Woakes'sche Scheere.

Katzenstein demonstrirt ein kleinapfelgrosses Pharynxsarcom, das von einer 23jähr. Pat. stammt: dasselbe ist inoperabel. Zur Electrolyse hat er nach seinen Erfahrungen bei malignen Tumoren kein grosses Vertrauen. Er berichtet dann kurz über einen zweiten Fall von Sarcom des Rachens.

A. Rosenberg zeigt ein vom r. Seitenstrang mit der Glühschlinge entferntes gänseeigrosses Sarcom, das innerhalb einer Woche zur ursprünglichen Grösse recidivirte. Pat. wurde darauf von v. Bergmann operirt.

Schötz berichtet über den von ihm vor etwa 1 Jahr demonstrirten Pat. mit Larynxcarcinom, das durch Electrolyse geheilt wurde. Nach 4 Mon. über der r. Tonsille ein Ulcus, das trotz Electrolyse zunahm. E. Hahn behandelte es mit dem Galvanocauter und Arseninjectionen ohne Erfolg. Die Section ergab ein Sarcom der Tonsille, Larynx vollkommen gesund.

A. Rosenberg:

Störungen der Stimme und Sprache bei Paralysis agitans.

R. demonstrirt einen Pat. mit Paralysis agitans, bei dem die laryngoskopische Untersuchung eine zeitweilige Betheiligung der Stimmbänder und zuweilen der Epiglottis an den Schüttelbewegungen zeigt; selten macht das Velum isochrone Hebungen. Die Bewegungen an den Stimmbändern sind adductorisch und gewöhnlich während ruhiger Respiration bemerkbar, zuweilen auch beim Uebergang von der Phonations- in die Respirationsstellung. Beim Phoniren gehen Zuckungen über den ganzen Stimmbandkörper, so dass rythmische Verlängerung und Verkürzung derselben zu beobachten sind, die im regelmässigen Wechsel in der Höhe des intendirten Tones hörbar wird.

Die Sprache wird gestört durch die Schüttelbewegungen der Muskulatur des articulatorischen Apparates, insbesondere der Lippen.

R. bespricht dann die bei anderen Centralerkrankungen beobachteten Motilitätsstörungen der Kehlkopfmuskulatur und kommt zu dem Schluss, dass die bei Paralysis agitans beobachteten für diese vollkommen characteristisch sind.

A. Rosenberg.

III. Briefkasten.

Julius v. Beregszascy †.

Mit aufrichtigstem Bedauern machen wir unseren Lesern die Mittheilung von dem am 10. August erfolgten Ableben unseres Wiener Specialcollegen, Dr. Julius v. Beregszascy, des langjährigen ersten Assistenten an der Schnitzler'schen Poliklinik. Der Verblichene, der zur Zeit seines Ablebens erst im 46. Lebensjahre stand, verschied, wie wir hören, ganz plötzlich in Folge des Berstens eines Aortenaneurysmas während seines Ferienaufenthalts in einem holländischen Seebadeorte.

Obwohl Beregszascy durchaus kein laryngologischer „πολύγραφος“ war — ausser einzelnen kleineren casuistischen Arbeiten dürften seine Hauptbeiträge zur Literatur unseres Faches in seiner deutschen Bearbeitung des trefflichen Butlin'schen

Werkes über die Krankheiten der Zunge (Wien, W. Braumüller 1887) und in seiner gedankenreichen Studie über die Anatomie und Physiologie des Kehlkopfs (Archiv f. d. ges Physiologie XLVI, 10. 1890) bestehen — so gehörte er doch in Folge seiner langjährigen Stellung an der Wiener Allgem. Poliklinik zu den persönlich bestbekannten engeren Fachgenossen.

Die Ehrlichkeit seines Strebens, seine persönliche Liebenswürdigkeit, die Bereitwilligkeit und Geduld, mit welcher er die zahlreichen jungen Aerzte. die in Wien ihre laryngologischen Anfangsstudien treiben, unterstützte, und seine Sprachkenntnisse, die so vielen Ausländern diese schwierigen Anfangsgründe erleichterten, machten ihn wohl allen Fachgenossen werth, die mit ihm in nähere Berührung traten. Sein Andenken wird in Ehren bleiben.

Emil Behnke †.

Am 17. September starb in Ostende Herr Emil Behnke, ein bekannter Londoner Gesang- und Sprachlehrer und Theoretiker im Gebiete der Athmungsmechanik im Singen. In Stettin im Jahre 1886 geboren, war er seit vielen Jahren in London ansässig, wo er seine Ansichten in Vorträgen und Brochüren mit Eifer verfocht. In den letzten Jahren seines Lebens war er eng mit Herrn Lennox Browne associirt, mit dem zusammen er zwei populäre Werke: „Stimme, Sprache und Gesang“ (1888) und „Die Kinderstimme“ (1885) herausgab, von denen das erste eine grosse Anzahl von Auflagen erlebt hat, und deren zweites im zweiten Bande des Centralblatts besprochen worden ist.

Personalia.

Wie wir dem British Med. Journal entnehmen, ist Mr. Lennox Browne zum correspondirenden Mitglied der American Laryngological Association gewählt worden.

Bitte um Separatabdrücke von Arbeiten betreffend die Physiologie und Pathologie der Kehlkopfnerven.

Herr Docent Dr. A. Onodi, Altgasse 12, Budapest, theilt uns mit, dass er von der ungarischen Akademie beauftragt worden sei, eine Monographie der Physiologie und Pathologie der Innervation des Kehlkopfs zu schreiben, und ersucht uns, im Centralblatt die Bitte zu veröffentlichen, dass die Collegen, die in dieser Richtung gearbeitet haben, ihm unter obiger Adresse ihre Arbeiten gütigst einsenden möchten.

Gesanglehrer und medicinisches Wissen.

Dem „Hospital“ vom 1. October entnehmen wir — in freier Uebersetzung — folgendes Geschichtchen, das in heiterster Weise die Sucht mancher Gesanglehrer

illustrirt, ihren Schülern mit technisch-physiologischen Ausdrücken zu imponiren. Die Heldin ist eine ältere Dame, die ihre Tochter zu einigen Gesanglehrern gebracht hat, um deren Meinung über die Stimme des jungen Mädchens zu hören und nun ihrem Gatten folgenden Bericht über diese Consultationen abstattet:

„Der erste Professor sagte, dass Almira zu sehr mit ihrem Borax singe, und dass, wenn sie so weiter fortführe, sie sicher Lungendigestion bekommen würde. Seiner Ansicht nach müsste sie abominable Athmung und Solfudgery[1]) üben. — Der nächste Lehrer sagte mir, sie müsste mit ihrem Diagramm singen und nicht ihre Stimme im Sarcophagus ersticken — Der Dritte steckte ihr einen Spiegel in den Hals und bemerkte, dass die Phalanx zu klein sei und das Os typhoideum und die Polyglottis sich in einem bedauerlichen Zustande befänden. — Du lieber Gott! Ich wusste gar nicht, dass Almira so viele Dinge in ihrem Halse hätte, und ich fürchte mich jetzt sehr, sie weiter singen zu lassen: schliesslich könnte das arme Mädchen noch an ihnen zu Grunde gehen.“ — —

Druckfehlerberichtigungen.

Illinois Charitable Eye and Ear Infirmary,
Chicago, 1. September 1892.

An
den Herausgeber des Internationalen
Centralblatts etc.

Geehrter Herr!

Würden Sie mir gütigst gestatten, einen Fehler zu berichtigen, der in der Juli-Nummer Ihres geschätzten Blattes vorkam und zwar in dem Referat über meinen Artikel betreffs Campher-Menthol in catarrhalischen Erkrankungen?

Anstatt des Wortes: „Lanolin“ sollte es stets „Lavolin“ heissen. Lavolin ist Unguentum petrolei purificatum. Lavolin kann in einen Spray verwandelt werden — nicht jedoch Lanolin.

Hochachtungsvoll

Geth Scott Bishop.

Sehr geehrter Herr College!

Auf Seite 215, Referat No. 194, Heft 4, befindet sich ein sinnentstellender Druckfehler.

Statt Oesophagusexstirpation muss es heissen Oesophagotomia externa.

Mit bestem Gruss

Ihr

N. Lunin.

---

[1]) Dies Wortspiel ist leider unübersetzbar. Natürlich sind Solfeggien gemeint. „Fudgery“ heisst: Aufschneiderei, Windbeutelei.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. Berlin, December. 1892. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **L. Couetoux. Ist die Athmung durch Mund und Nase gleichzeitig möglich? (La respiration bucco-nasale est-elle possible?)** *Annales d. mal. de l'oreille. April 1892.*

Man hat gesagt, dass die gleichzeitige Athmung durch Mund und Nase physiologisch und anatomisch unmöglich sei; der Verf. kann diesen Satz auf Grund eigener Erfahrungen nicht anerkennen; nach seiner Meinung ist die Athmung durch den Mund und die Nase sogar das Normale. E. J. MOURE.

2) **Ziegler. Actinomycose des Gesichtes und Halses.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 23. 1892.*

19 Jahre alter Knecht; die ganze linke Gesichtshälfte aufgetrieben, der scharfe Rand des Unterkiefers ganz verstrichen; im ganzen Bereich nach oben bis zur Linea semicirc. tempor. nach vorne bis über die Mitte des Jochbeines, fast die ganze linke Wange und die Lider, nach hinten bis in die Fossa mastoid. und am Halse entlang dem Sternocleidom. bis zur Clavicula bretthart Infiltration, am Schläfenbein, äussern Augenwinkel und andern Stellen granulirende Fisteln, die Eiter mit goldgelben Körnern entleeren; hochgradige Kiefersperre, letzter Mahlzahn cariös. Es trat nach Proteineinspritzungen Besserung ein. SCHECH.

3) **A. Raffa. Die Actinomycosis und ihre Behandlung: Klinische Beobachtungen. (Actinomicosi e sua cura: osservazioni cliniche.)** *La Riforma medica. 4. Febr. 1892.*

R. berichtet über drei Fälle von Aktinomykose der Parotis, des Kiefers, des Halses und des Hinterhauptes, in denen die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde.

Im ersten Falle waren eine Schwellung und Fistelgänge in verschiedenen Richtungen in der Regio parotidea und temporalis vorhanden, rings um den Ein-

gang des linken Ohres. Halsdrüsen waren nicht geschwollen. Für die Therapie wurde gebraucht Carbolsäure, rein oder zu gleichen Theilen mit Glycerin, in die Fistelgänge eingebracht, oder in 5—10 proc. Lösungen intraparenchymatös injicirt. Die Eiterung verschwand in kurzer Zeit und es kam zu völliger Vernarbung.

Im zweiten Falle existirte eine Geschwulst der Kiefergegend mit Kiefersperre. Operation vom Munde aus, Carbolsäureinjection wie im ersten Falle, Heilung.

Der dritte Fall zeigte einen Abscess und Fistelbildungen am Halse. Die gleiche Behandlung, während deren ein neuer Abscess im Nacken in der Höhe des Hinterhauptbeins mit nachfolgender Spondylarthritis entstand.

R. empfiehlt auch eine $1/2$—1 proc. Lösung von Methylviolett, die ihm gute Resultate gab.

CARDONE.

4) **Moosbrugger** (Leutkirch). **Fünf Fälle von Actinomycosis hominis.** *Medicin. Corr.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 1. 6. 1892.*

In einem der fünf Fälle entwickelte sich der typische Process anfangs in der Gegend des linken Unterkieferwinkels und am aufsteigenden Kieferaste. Später fand sich eine etwa haselnussgrosse Stelle zwischen dem hintersten Theile des linken Unterkiefers und dem vorderen Gaumenbogen, es entleerte sich von da aktinomykotischer Eiter. Nach Auskratzung trat Heilung ein.

SEIFERT.

5) **Protopopoff** u. **Hammer** (Prag). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Actinomyces-Culturen.** *Prager Zeitschr. f. Heilkunde. XI. Bd. IV. Heft.*

Als Ausgangspunkt ihrer Culturversuche nahmen P. und H. eine Reincultur in Glycerinagar, die Prof. Afanassiew in Petersburg aus dem Eiter von Menschen gezüchtet hatte. Sie züchteten den Pilz in gewöhnlicher Bouillon, auf Kartoffeln, Milch, Gelatine und gekochtem Eiweiss, bei verschiedenen Temperaturen und studirten besonders die Altersveränderungen der Culturen. Sie stellen den Actinomycespilz zwischen Crenothrix und Cladothrix, und fanden, dass die Degenerationen der Culturen durch ihre eigenen Stoffwechselprodukte erfolgen. Ausführlicheres ist im Originale nachzulesen.

CHIARI.

6) **J. Decker** (München). **5 Fälle von Ruminatio humana.** *Münchner medicin. Wochenschr. No. 21. 1892.*

Decker unterscheidet zwei Arten von Rumination, eine einfache und eine mit Dyspepsie complicirte. Den nächsten Anlass zur Auslösung des ruminatorischen Actes giebt die Einfuhr resp. der Reiz gröberer, nicht genügend gekauter Speisen; der Vorgang selbst ist eine Reflexneurose, die aber auch centralen Ursprungs sein kann; der Mechanismus der Rumination scheint durch erhöhte Erregbarkeit mehrerer in der Medulla oblongata nebeneinander gelegener Centra bedingt zu sein; eine dauernde Paralyse oder Parese der Cardia ist nicht vorhanden, sondern es öffnet sich letztere nur im Augenblicke der Rumination; ebensowenig ist eine Hyperacidität des Magensaftes als Ursache anzusehen; auch

ist die öfters vorhandene Magenerweiterung nicht die Ursache, sondern die Folge des Wiederkäuens. SCHECH.

7) **Loewe. Ueber Ruminatio humana.** *Münchner medicin. Wochenschr. No. 27. 1892.*

L. hat 15 Fälle beobachtet; allen gemeinsam ist grosse Hast beim Essen; die regurgitirten Speisen sind schlecht zerkleinerte und unverdauliche Fetzen, besonders Kohlenhydrate. In der Mehrzahl der Fälle liess sich nervöse Grundlage nachweisen. Von einer Paralyse der Cardia und des unteren Oesophagusabschnittes kann keine Rede sein; ebensowenig von einem abnormen Verdauungsmechanismus. Nöthig ist nur die Erweiterung des oberen Oesophagusabschnittes; sie geschieht durch den Willen oder reflectorisch in Folge einer Neurose des Vagus. SCHECH.

8) **J. Killian (Worms). Zur Diagnose gewisser Frühformen von Pemphigus mucosae.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 6. 1892.*

Die Pemphiguseruptionen der Schleimhäute erfolgen durchaus nicht immer in Blasenform, sondern stellen oft sooränhliche Auflagerungen und Excoriationen vor, wie auch Mandelstamm angiebt. Die Diagnose kann öfters erst durch das Erscheinen von Pemphigus der äusseren Haut gestellt werden. SCHECH.

9) **Balzer. Ein Fall von Akromegalie. (Cas d'acromegalie.)** *Soc. med. hopitaux. 8. April 1892.*

Der Kranke hatte enorme Hände und Füsse; der Kopf schien vertical verlängert; die Nase war bedeutend vergrössert, die Lippen stark, der Kehlkopf weit. Sensibilitätsstörungen nicht vorhanden. Keine Kopfschmerzen. Es bestand ein gewisser Grad von Kyphose der Hals- und Rückenwirbelsäule.

J. BARATOUX.

10) **Francois Franck. Beiträge zur normalen und pathologischen Physiologie gewonnen durch die temporäre Abtödtung der Gewebe durch die locale Cocainisirung. (Applications à la physiologie normale et pathologique de la perte temporale d'activité des tissues par la cocainisation locale.)** *Academie des Sciences. 2. Mai 1892.*

Nach F. kommt die locale Cocainisirung eines sensiblen oder motorischen Nerven seiner Durchschneidung gleich: sie ist dieser sogar in vielen Beziehungen überlegen als analytisches Mittel, besonders darin, dass sie die Leitungsfähigkeit des Nerven nicht definitiv vernichtet und die Wiederherstellung der nur momentan unterdrückten Functionen gestattet. Ferner lassen sich die Experimente nach kurzer Zeit am selben Individuum wiederholen.

2. Da feststeht, dass das Cocain auf die Muskeln ebenso wirkt wie auf alle organischen Elemente, nämlich Lähmung oder doch verminderte Reizbarkeit für einige Zeit herbeiführend, hat der Verf. diese Gedanken auf das Studium des Herzens übertragen und dabei constatirt, dass die locale Cocainisirung die directe Reizbarkeit der verschiedenen Partien des Herzens unterdrückt. So hat z. B. das Myocard der Ventrikel nach der Cocainisirung mehr oder weniger seine

Reizbarkeit verloren und widersteht in bemerkenswerther Weise der tetanisirenden und schnell tödtlichen Wirkung gewisser Gifte, wie des Doglatins und des Strophantus, die das Herz plötzlich tödten, indem sie es genau in denselben Zustand versetzen, wie die electrische Reizung.

3. Schliesslich hat F. auch die Unterdrückung der Reflexactionen, deren Ursprung in Herz oder Aorta liegt, bei der localen Cocainisirung beobachtet.

Dieselbe Methode hat dem Verf. beim Suchen nach localen und entfernten Folgen der Reizung der verschiedenen tiefen Organe (Niere, Lunge, Magen) interessante Aufschlüsse gegeben, die auch für die pathologische Physiologie einer Anzahl klinischer Thatsachen nicht ohne Bedeutung sind.

J. BARATOUX.

11) **Lyncker. Zur Trichloressigsäurebehandlung.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1892. No. 15.*

Empfehlung der Trichloressigsäure, für deren Application zwei Sonden angegeben werden.

LANDGRAF.

12) **Cholewa. Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in Nase und Ohr.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 2. 1892.*

Vorne mit einem 1 cm langen Oehr versehene Sonden zur Application der Krystalle der Trichloressigsäure; die Oehren haben verschiedene Krümmungen zur besseren Application in die Nasenmuscheln.

SCHECH.

13) **Ziem. Ueber äussere Anwendung von Canthariden bei Nasen- und Halskrankheiten.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 6. 1892.*

Als ableitendes Mittel bei gewissen Hals- und Nasenkrankheiten benutzte Z. das Collodium cantharidatum als Einpinselung; er sah auffallenden Erfolg bei einem Kinde mit einem Abscess längs des Sternocleidomastoideus. Bei Nasenkrankheiten applicirt man Vesicatore auf die Stirne. Z. reizt bei Krankheiten des hinteren Nasenabschnittes und Nasenrachenraumes die Gegend hinter dem Ohrläppchen, ebenso bei scrophulösen Augenentzündungen.

SCHECH.

14) **W. F. Chappell. Europhen in der Behandlung der Hals- und Nasenkrankheiten. (Europhen in the treatment of throat and nose diseases.)** *N. Y. Med. Record. 23. April 1892.*

Europhen ist ein amorphes hellgelbes Pulver mit sehr schwachem Geruch und kann sowohl in Pulverform, als auch in Folge seiner Löslichkeit in Alcohol, Aether und in allen fixen Oelen in Gestalt des Sprays überall zur Verwendung kommen. Das Pulver verdient jedoch den Vorzug. Vor 6 Monaten begann C. seine Versuche mit Europhen an einem Falle von Rhinitis foetida und seitdem hat er 15 Personen an dieser Krankheit mit dem Mittel behandelt.

Drei von diesen Fällen, welche durch einen Zeitraum von 4 Monaten täglich behandelt wurden, scheinen vollkommen geheilt zu sein; wenigstens ist, nachdem die Behandlung 1 Monat lang ausgesetzt ist, von den Störungen absolut nichts wiedergekehrt und die Schleimhaut der Nasenhöhle zeigt ein ganz

gesundes Aussehen. Die andern Fälle sind noch immer in Behandlung und in verschiedenen Phasen der Besserung; letztere übertrifft das, was C. mit andern Methoden erreicht hatte, völlig. Die erkrankten Partien sollen zuerst mit einer $^1/_2$ proc. Creolinlösung gereinigt und dann mittelst eines kleinen Pulverbläsers gründlich mit Europhen bestäubt werden. Diese Procedur wird allmorgendlich wiederholt und dem Pat. weiter aufgegeben, zur Nacht eine Salbe zu gebrauchen, welche aus 8,0 g Europhen und 30,0 g Vaselin besteht. Die Salbe wird mittelst eines Kameelhaarpinsels innen in der Nase aufgetragen. LEFFERTS.

15) **Sigg** (Andolfingen). **Ueber Inhalationstherapie.** Referat über die Demonstration im *Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 7. 1892. p. 219.*

Neutrale Salmiakdämpfe mit practischem kleinen Apparat, für Hals und Ohren. JONQUIÈRE.

16) **Gorhan** (Mödling bei Wien). **Ueber Luftfeuchtung.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 11, 12 u. 13.*

In einem Vortrage in der Section Baden des Vereins der Aerzte in Niederösterreich demonstrirte G. zunächst einen von Kleiner und Bockmayr in Mödling construirten Luftbefeuchtungsapparat, der die Zimmerluft ansaugt und zwingt, durch einen sehr feinzerstäubten Wasserkegel zu gehen. Die feine Zerstäubung wird durch 2 unter einem Drucke von 7 Atmosphären stehende Wasserstrahlen bewirkt. Verbunden mit genügender Ventilation des Zimmers reinigt er ausserdem die Zimmerluft sehr, wie das bakteriologische Luftuntersuchungen lehrten. Endlich kann der Apparat zu Inhalationen verwendet werden, indem man die Zimmerluft mit den feinsten Theilchen einer medicamentösen Lösung sättigt. Näheres ist im Originale nachzusehen. CHIARI.

17) **H. S. Drayton. Gurgelwässer und Gurgeln. (Gargles and gargling.)** *N. Y. Med. Times. Febr. 1892.*

In der Verordnung von Gurgelwässern sollte grössere Sorgfalt angewendet werden. Eine gute Halsmixtur kann, in ungeeigneter Weise angewendet, ebensoviel Schaden thun, wie eine schlechte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **Suchannek** (Zürich). **Praktischer Handgriff bei Verwendung des Kabierske-schen Pulverbläsers, sowie des Tröltsch'schen Zerstäubungsapparats.** *Zeitschrift f. Ohrenheilk. XXII. 1892.*

Der offenbar recht praktische Handgriff mit Zubehör zu beziehen von H. Härtel, Breslau. SEIFERT.

19) **J. E. Winters. Der beste Desinfectionsapparat und das beste Desinfectionsmittel zum Gebrauche in Mund und Nase. (The best apparatus and the best disinfectant for use in the mouth and nose.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 17. März 1892.*

W. empfiehlt die Irrigation mittelst einer Spritze und die Anwendung einer 10 procentigen Wasserstoffsuperoxydlösung oder einer gesättigten Borsäurelösung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) **Dundas Grant** (London). **Instrumente. (Instruments.)** *Lancet. 23. Januar 1892.*

Demonstration verschiedener Instrumente für Hals und Nase in der West Kent Med. Chirurg. Society. MACKENZIE-JOHNSTON.

21) **L. Conetoux. Das Schmidt'sche Messer modificirt zum Gebrauch bei Kindern. (Le couteau de Schmidt adapté à l'enfant.)** *Annales des maladies de l'oreille et du larynx. Juni 1892.*

Das Instrument stellt eine einfache Modification des Schmidt'schen Messers dar. E. J. MOURE.

22) **Bloebaum** (Coblenz). **Mittheilungen über galvanokaustische und elektrolytische Operationen und die Nachbehandlung der Operirten durch besonders wirksame neuere Arzneistoffe, namentlich bei Augen-, Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten.** *Deutsche Medic.-Zeitung. 44, 45, 46. 1892.*

Bl. bespricht die Anwendung der Galvanokaustik und der Electrolyse bei den verschiedenartigen Erkrankungen der Nase und des Rachens und betont die Wichtigkeit der Nachbehandlung. Zu dieser empfiehlt er für die ersten Tage nach der Operation das Methylenblau, später wird Dermatol oder Natrium sozojodolicum eingeblasen. Die Electrolyse sowohl als die Galvanokaustik am Rachendache in unmittelbarer Nähe der Basis cranii anzuwenden, hält Bl. für sehr gefährlich.

Mit einigen Worten wendet sich Bl. auch gegen die unzweckmässige Verwendung der Nasendouche. SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

23) **Millat. Die Nase. (Le nez.)** *Echo med. de Toulouse. 6. und 20. Februar 1892.*

Eine humoristische Studie über die verschiedenen Formen der Nase.

E. J. MOURE.

24) **W. A. Dunn. Die Pflege der Nase bei Kindern. (The care of the nose in children.)** *Medical Era. Juni 1892.*

Nichts von besonderem Interesse; Verf. geht davon aus, dass man die krankhaften Zustände gerade in der Nase bei Kindern oft so lange vernachlässigt, bis es zu spät ist, sie zu heilen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

25) **Bédart. Hypertrophie der unteren Nasenmuschel, Zerstörung derselben durch Electrolyse. (Hypertrophie du cornet inférieur, destruction par l'electrolyse.)** *Revue internationale d'electrotherapie. 1892. p. 197.*

Verstopfung der linken Nasenseite, bedingt durch Hypertrophie der unteren Muschel. Monopolare Electrolyse, Stromstärke 10—18 Milliampères; in der zweiten Sitzung bipolare Electrolyse mit 20 Milliampères Stromstärke, 10 Minuten lang. J. BARATOUX.

26) **Chas. H. Knight. Cyste der mittleren Nasenmuschel. (Cyst of the middle turbinated bone.)** *N. Y. Med. Journ. 19. März 1892.*

Durch die vorliegende Arbeit will der Verf. einen höchst interessanten pathologischen Vorgang in dem Knochengerüst der mittleren Nasenmuschel litterarisch festlegen, der trotz seiner Häufigkeit bisher wenig Beachtung gefunfunden hat.

Der Verf. legt Präparate und photographische Abbildungen vor von einer Frau in mittlerem Lebensalter, deren rechte Nasenseite vollständig durch eine Masse verschlossen war, die man ohne Speculum leicht sehen konnte, wenn man die Nasenspitze etwas aufhob, und die auf den ersten Blick ein grosses Myxom zu sein schien. Bei der Palpation fühlte sich dieselbe jedoch hart und resistent an, und es bestand auch sonst kein Zeichen von polypösen Bildungen der Schleimhaut; im Gegentheil, die weichen Theile waren atrophirt. Das Septum war etwas nach links verbogen und in der linken Nasenseite bestand eine gewisse Hyperplasie der Schleimhaut ohne sichtbare Veränderungen an den Knochen.

Die Krankengeschichte in Fällen dieser Art muss natürlich je nach dem Grade der Schwellung verschiedene Symptome darbieten. In nahezu allen Fällen aber sind die hervorstechendsten Symptome derart, dass sie auf den Druck durch die sich ausdehnende Cyste sich beziehen lassen, wie Hemicranie und Neuralgien im Gebiete des fünften Nerven. Es ist auch nicht zu verkennen, dass in einem gewissen Procentsatz der Fälle das Leiden mit dem Vorhandensein wohl umgrenzter Myxome oder polypoider Degeneration einhergeht. Nach Verf.'s eigenen Beobachtungen tritt dieser Zug in mehr als der Hälfte der Fälle hervor und dabei bestand in jedem Falle eine grössere oder geringere Atrophie der Schleimhaut. Bei Kindern scheint die Affection nicht vorzukommen. Keiner der K.'schen Patienten war unter 20 Jahre alt, die meisten waren über die mittleren Jahre hinaus; die Mehrzahl der Kranken waren Frauen. Die Affection muss unterschieden werden von dem Osteom, vom Myxom und von der Mucocele der Siebbeinzellen. Es kann aber nur geringe Schwierigkeiten machen, diagnostisch zu einem sicheren Schluss zu gelangen, wenn man den Ursprung und den Sitz des Tumors, seine Unbeweglichkeit, seine Härte und die gleichzeitig constatirbare Brüchigkeit und schliesslich die Möglichkeit, ihn zu durchleuchten (Zwillinger), in Rechnung zieht. — Das Präparat, das K. demonstrirt, zeigt eine kleine und wahrscheinlich frische Cyste, die vertical, im rechten Winkel zur Längsaxe, durchschnitten ist. Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man äusserlich eine Schicht von Plattenepithel, dann eine Schicht Bindegewebe von erheblicher Dicke, reich an Zellen und sehr gefässreich. Dieses Gewebe wird eher stärker in der unmittelbaren Nachbarschaft des Knochens. Die Dicke des Knochens wechselt sehr in den verschiedenen Abschnitten und an seiner inneren Fläche entlang sieht man eine Reihe von Osteoblasten. Die Bekleidung des Knochens bildet eine Schicht von lockerem Bindegewebe, ähnlich myxomatösem Gewebe. Schliesslich sieht man an der inneren Wand der Cyste eine vollständige Auskleidung von Flimmerepithel.

Zur Erklärung dieses Zustandes sind zwei Theorien aufgestellt worden. Nach der ersten handelt es sich um die Folgen einer rareficirenden Ostitis, wie

sie ähnlich in den langen Knochen vorkommt. Die zweite Theorie, die Greville Macdonald jüngst ausgesprochen hat, nimmt als Ursprung des Processes eine osteophytische Periostitis an, die zweifellos secundär infolge einer hypertrophischen Rhinitis der Weichtheile sich entwickelt. Der Rand des Knochens beginnt sich nach aussen und oben zu krümmen, bis er an irgend einem Punkte wieder auf den Knochen stösst und dort greift eine Adhäsion Platz. Auf diese Weise entsteht eventuell eine geschlossene Höhle, die mit Schleimhaut innen und aussen ausgekleidet ist. Die äussere Bekleidungsmembran atrophirt oder wird polypoid und in ihrem hypertrophischen Zustand bleibt sie bestehen; die innere Membran secernirt weiter bis die Höhle sich ausdehnt und infolge des Druckes die glandulären Elemente untergehen und die Membran sehr dünn wird. In manchen Fällen findet man die Membran polypös degenerirt und granulär, und es hat sich Eiter gebildet, vielleicht in genügender Menge, um einen Abscess vorzutäuschen.

LEFFERTS.

27) **A. B. Kibbe. Ein Fall von Asthenopie und Kopfschmerz in Folge von Hypertrophie der mittleren Nasenmuschel. (A case of asthenopia and headache due to hypertrophy of the middle turbinated bone.)** *N. Y. Med. Record. 23. April 1892.*

Verf. meint, dass Kopfschmerz und Asthenopie gar nicht so selten durch nasale Erkrankung bedingt sind. Besonders ist er der Ansicht, dass die Hypertrophie der Schleimhaut der mittleren Muschel und ferner des Septums eine ziemlich häufige Ursache jener Störungen sind.

Verf. theilt in ausführlichster Weise einen Fall mit, der diese Ansichten illustrirt. Warum die Hypertrophie der Muschel eine Innervationsstörung der Recti externi herbeigeführt haben soll, vermag Verf. nicht zu erklären; es entsteht aber die Frage, ob nicht möglicher Weise in manchen Fällen, die mit Prismen, Tenotomien und jeder andern bekannten Behandlungsmethode der Asthenopie nicht gebessert werden können, eine ähnliche Quelle der Erkrankung vorliegt, wie in dem einen von K. mitgetheilten Falle. LEFFERTS.

28) **Adolph Bronner** (Bradford). **Asthma nasalen Ursprungs. (Asthma of nasal origin.)** *Brit. Med. Journ. 30. Januar 1892.*

Verf. berichtete über mehrere derartige Fälle in der Leeds and West Riding Med. Chir. Society. Besonderheiten sind nicht zu erwähnen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

29) **H. Drinkwater** (Wrexham). **Asthma infolge von nasaler Erkrankung. (Asthma from nasal disease.)** *Brit. Med. Journ. 26. März 1892.*

Bericht über zwei Fälle von Krampfasthma, die beide nach Entfernung von Nasenpolypen heilten. MACKENZIE-JOHNSTON.

30) **L. E. Blair. Pathologische Zustände in Nase und Hals als ursächliche Factoren beim Asthma nebst Bericht über einige glücklichen Heilungen von Asthmafällen. (Pathological conditions of the nose and throat as causal factors in asthma with report of successful cures of asthma.)** *Med. and Surg. Reporter. 20. Januar 1892.*

Die gegenwärtige Behandlung des Asthma mittelst interner Mittel allein

kann durchaus nicht befriedigen; dieselbe ist nicht specifisch. Die wichtigste Ursache der asthmatischen Beschwerden findet sich in den oberen Luftwegen, besonders in den Nasenhöhlen.

In den ganzen 35 Fällen von B. liessen sich Abnormitäten in den Nasenhöhlen wirklich nachweisen und nur in den Fällen, in denen sich von hier aus keine Besserung erzielen liess, nimmt B. noch eine andere, entferntere nervöse Störung an, die das Asthma reflectorisch unterhielt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **J. I. Taylor. Das Heufieber und seine Behandlung. (Hay-Fever and its treatment.)** *Memphis Med. Monthly. Januar 1892.*

Die vorgeschlagene Therapie besteht in der Zerstörung der sensitiven Nerven in der Nase mittelst des Galvanokauters. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **E. S. Blair. Heu-Asthma. (Hay asthma.)** *Therapeutic Gazette. 15. März 1892.*

Der Fall betrifft ein Kind von 10 Jahren. Es wurde bedeutende Besserung durch den Gebrauch von Euphorbia Pilulifera erzielt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **Szohner** (Ungarn). **Ein Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Heufiebers.** *Gyógydszat. 1892. No. 10. Pest. med. chir. Presse. 1892. No. 16.*

Sz. beschreibt einen Fall von 12 Wochen dauerndem Heufieber, welches ganz dem Bilde der Influenza entsprach. Die Erkrankung begann nach einer Heuernte und bestand in Rhinitis und Bronchitis; erst nach einigen Tagen liessen sich im Secrete der Nase und der Bronchien Kerne und Stiele von Grasarten und Klee nachweisen. Nach 6 Wochen stellte sich Asthma ein. Schliesslich erfolgte Heilung unter Anwendung von Morphin, Antipyrin, Ausathmung in verdünnte Luft und Anwendung des Eichhorst'schen Schnupfpulvers aus Calomel, Alumin. aa 3, Morphii mur. 0,3. CHIARI.

34) **W. H. Bates. Ein Fall von Nasenreflex. (A case of nasal reflex.)** *N. Y. Med. Record. 27. Febr. 1892.*

In der Krankengeschichte heisst es: „Augen noch nicht besser; noch schwerer Kopfschmerz. Nach Application von Cocain auf eine scharf vorspringende Stelle an der linken Seite des Septums fühlte sich Pat. besser und konnte besser lesen. Zehn Minuten später, als die Wirkung des Cocains vorüber war, kehrte das Ermüdungsgefühl in den Augen wieder. Es wurde nun Cocain auf andere Stellen der Nase eingepinselt, ohne jeden Erfolg. Es schien danach, als ob diese scharfe Spina reflectorisch einen Reiz auf die Augen ausübte. Unter Cocain wurde nun die Spina mit der Nasensäge entfernt. Unmittelbar danach erklärte Pat., dass sie sich viel besser in den Augen fühlte; sie konnte jetzt Diamantschrift ohne Beschwerden lesen."

„4 Jahre später giebt die Pat. an, dass sie keine Störung an ihren Augen mehr empfunden hat, bis vor etwa 3 Wochen. Im letzten Sommer erlitt sie eine Verletzung der Nase. Ein Arzt führte damals eine Sonde in die linke Nasenseite ein, um dieselbe aufzurichten. Der Arzt ist seiner Sache nicht sicher, ob

die Nase damals wirklich gebrochen war. Jetzt leidet die Pat. so viel an Schmerzen in den Augen, dass sie unfähig ist, zu schaffen. Die Schwäche der Musc. interni besteht noch immer. Eine Untersuchung der linken Nasenseite zeigte eine Gewebshervorragung an der Stelle der alten Operation. Dieselbe wurde unter Cocain abgetragen. Unmittelbar danach Besserung der Augenschmerzen."

LEFFERTS.

35) **C. H. von Klein. Bericht über Fälle von Reflexen bei Nasenkrankheiten. (Report of cases of reflex from nasal diseases.)** *Columbus Medical Journal. April 1892.*

An 18 Fällen zeigt Verf., dass Erkrankungen des gesammten Respirationstractus einschliesslich der Lungen, ja sogar Erkrankungen der Extremitäten, durch Reflexwirkung von nasaler Erkrankung aus verursacht werden können. (Wohin kommen wir noch! Red.)

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **Onodi. Ein Fall von Nieskrampf.** *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 26.*

Bei einem 40jährigen besteht dieses Leiden immer von Frühjahr bis Herbst. Durch Aetzung der unteren Muscheln und Bepinselung derselben mit Jodglycerin und Massage verschwand das Leiden.

CHIARI.

37) **W. C. Gates. Abscess der Nasenscheidewand. (Abscess of nasal septum.)** *Med. Age. 25. März 1892.*

Krankengeschichte eines Falles, der kein besonderes Interesse darbietet.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **Onodi** (Pest). **Tuberculöse Neubildungen der Nasenscheidewand.** *Pest. med. chir. Presse. 1892. No. 26.*

Ein Fall wird beschrieben.

CHIARI.

39) **Barrs. Zerstörung der Nasenscheidewand bei Tabes. (Destruction of nasal septum in tabes.)** *Brit. Med. Journal. 9. April 1892.*

Der in der Med. Chir. Society vorgestellte Pat. litt an einer langsam, aber sicher vorschreitenden Zerstörung des Septum narium und des harten Gaumens im Zusammenhange mit einer Tabes. Eine antisyphilitische Behandlung war ohne Erfolg.

MACKENZIE-JOHNSTON.

40) **J. A. Thompson. Auswüchse an der Nasenscheidewand. (Spurs on the nasal septum.)** *Lancet-Clinic. 13. Febr. 1892.*

Die gewöhnlichste Ursache dieser Spinen ist das Trauma; zur Entfernung derselben ist am meisten geeignet die Säge.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **Bergonié** und **Moure. Electrolytische Behandlung der Spinen der Nasenscheidewand. (Traitement par l'électrolyse des éperons de la cloison.)** *Soc. d'électrotherapie. 21. April 1892.*

Die Verff. bedienen sich der bipolaren Methode, d. h. sie setzen in die zu zerstörende Spina zwei Stahlnadeln ein. Unter dem Einfluss des Stromes bildet sich zwischen diesen beiden eine ganz deutliche Zone, in der gewisse Verände-

rungen vor sich gehen. Der Strom hat eine Stärke von 12—20 Milliampères und eine Dauer von 15 — 20 Minuten. Nach Verlauf einiger Tage stösst sich die Spina von selbst los.

J. BARATOUX.

42) **W. J. Clegg** (Liverpool). **Bruch der Nasenscheidewand. (Fracture of the nasal septum.)** *Lancet. 2. Januar 1892.*

Bericht über einen Fall, in dem die linke Nasenseite in Folge einer Verletzung der knorpligen Nasenscheidewand verschlossen war. C. legte einen Kreuzschnitt durch den Knorpel und forcirte dann in der Schnittlinie eine Fractur; das Septum wurde in die richtige Lage gebracht und mittelst Tamponade in derselben erhalten: das Resultat war völlige Heilung innerhalb 3 Wochen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

43) **Chatelier. Nicht-traumatische Deviationen der Nasenscheidewand. (Deviations non traumatiques de la cloison des fosses nasales.)** *Archiv. internat. de laryngol. et rhinologie. Mai-Juni 1892. No. 3.*

Nach einigen anatomischen und embryologischen Betrachtungen über die Lamina perpendicularis des Siebbeins und die knorplige Nasenscheidewand bespricht Verf. die verschiedenen Ursachen der Deviationen; danach behandelt er die verschiedenen Behandlungsmethoden, deren man sich bedienen kann, je nachdem man es mit dieser oder jener Form der Deviation zu thun hat.

E. J. MOURE.

44) **X. Verbiegungen der Nasenscheidewand. (Deflections of the nasal septum.)** *Lancet. 6. Febr. 1892.*

Einige Bemerkungen zu Mayo Collier's Arbeit, über die wir bereits referirt haben.

MACKENZIE-JOHNSTON.

45) **H. Foster. Empyem der Oberkieferhöhle mit rein nasalen Symptomen. (Empyema of the superior maxillary antrum with only nasal symptoms.)** *Med. Herald. Januar 1892.*

Die allgemeine (? Red.) Anschauung geht dahin, dass Eiterung der Schleimhaut der Highmorshöhle unweigerlich mit Schmerz verbunden sein muss, mit Schwellung und einer Ausdehnung der knöchernen Wandungen der Höhle. Es giebt jedoch Fälle, in denen keins dieser Symptome vorhanden ist, sondern allein ein beständiger oder periodischer Eiterfluss aus der Nase.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) **A. B. Kelly** (Glasgow). **Eiterung der Highmorshöhle. (Suppuration of the antrum of Highmore.)** *Glasgow Med. Journ. Februar 1892.*

Ein Resumé aus den Lesern des Centralblatts bereits bekannten Arbeiten.

P. M'BRIDE.

47) **Lichtwitz** (Bordeaux). **Ueber die Häufigkeit des doppelseitigen latenten Empyems der Highmorshöhle und über die Nothwendigkeit der methodischen Probespülung dieser Höhle in Fällen von Nasenblennorrhoe.** *Prager medicin. Wochenschr. 1892. No. 15 u. 16. Annales de Laryngol. Febr. 1892.*

L. fand unter 40 Fällen von Empyem der Highmorshöhle 12 doppelseitige

Erkrankungen und räth bei der Unsicherheit der anderen Symptome die Probepunction durch den unteren Nasengang mit einem dünnen Trocart und nachfolgende Ausspülung. Er machte 111 Punctionen und konnte nur 5 Mal die Nasenwand nicht durchbohren. 43 Mal ergab die Probespülung Eiter in dem a. H. — 2 Mal war im Eiter theils Streptococcus pyogenes, theils Pneumococcus Fraenkel vorhanden. Die Therapie bestand in Ausspülungen vom Alveolus aus und im Einlegen von Jodoformstiften; nur 2 wurden geheilt. Schliesslich wird ein Brief Ziem's mitgetheilt, in dem er angiebt, dass er 453 Mal die Kieferhöhle eröffnete; 168 Mal war Eiter im Antrum vorhanden (in den 4 letzten Jahren), davon 41 Mal auf beiden Seiten. Als Ursache des E. a. H. nimmt Ziem fast immer Zahnkrankheiten an. Schliesslich spricht Ziem nachdrücklich für fleissige Probepunctionen.

CHIARI.

48) **Kuchenbecker** (Basel). **Beitrag zur Aetiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 3—5. 1892.*

Analyse von 31 auf der Siebenmann'schen Klinik beobachteten Fällen. Darunter befinden sich 4 Fälle von nasalem, 10 von dentalem Ursprung des Empyemes, ferner Empyeme bei Neubildungen 3, und hauptsächlich solche nach acuten Infectionskrankheiten 7, unter welchen der Influenza die erste Stelle gebührt. Das Geschlecht ist ohne ätiologischen Einfluss, auch war die Zahl der weiblichen Kranken so gross wie die der männlichen. Die Lateralwulst wurde nur 4 Mal constatirt, dagegen waren in 50pCt. der Fälle Hypertrophien und Polypen am Vorderende der mittleren Muschel vorhanden. Operirt wurde stets von der Alveole aus mit Siebenmann's nagelbohrerartigem Perforatorium; das beste Ausspülungsmittel ist 4proc. Borwasser; die Eröffnung von der Nase aus hält Verf. für unzweckmässig. Die Details sind im Original nachzusehen.

SCHECH.

49) **G. Killian** (Freiburg i. B.). **Meine Erfahrungen über die Kieferhöhleneiterung.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 4, 5, 6. 1892.*

Bericht über 40 Fälle, 19 Männer, 21 Frauen. 23 Mal fand Killian bei der ersten Untersuchung Eiter im mittleren Nasengang, 18 Mal erst nach verschiedenen Manipulationen, 4 Mal konnte nur durch die Rhinoscopia posterior Eiter nachgewiesen werden. In 2 Fällen bestand gleichzeitig noch Stirnhöhlenempyem und gründete sich die Diagnose einestheils auf das rasche Wiedererscheinen von Eiter im obersten Hiatusabschnitte nach Durchspülung der Kieferhöhle, andererntheils auf das Vorhandensein reichlichen Eiters im unteren Hiatusabschnitte. Unbedingt nöthig ist die Sondenuntersuchung; Killian gelangte 27 Mal in die Kieferhöhle, 11 Mal drang sofort Eiter heraus; bei Eiterung in den vorderen Siebbeinzellen quillt der Eiter über der Bulla ethmoidalis hervor. Von der Durchleuchtung hält Killian nicht viel und kam auch ohne sie zur Diagnose. Die Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus kann K. nicht empfehlen; er operirt bei kranken Zähnen von der Alveole aus oder eröffnet die Kieferhöhle breit von der Fossa canina aus. Bei sehr steilem Gaumen oder bei gesunden Zähnen empfiehlt K. die Eröffnung der Kieferhöhle von der Basis des Jochbogenfortsatzes aus. Zur Durchspülung verwendet K. leichte Lösungen von

Carbol, Lysol, Sublimat, Borax, Borsäure, Kochsalz, Alumin. acetico-tartar. Soll nachher Jodoformpulver insufflirt werden, dann muss vorher die Kieferhöhle von aller Feuchtigkeit durch Ausblasen befreit werden. Selbstverständlich müssen Polypen, Hypertrophien beseitigt werden. Bei rebellischen Eiterungen wird in der Narcose die Fossa canina breit aufgemeisselt, die Schleimhaut der Höhle aber weggekratzt und mit Jodoformgaze tamponirt. Im Allgemeinen heilen Kieferhöhleneiterungen um so eher, je kürzer sie gedauert haben. Die interessanten Details müssen im Original gelesen werden. SCHECH.

50) **Kafemann** (Königsberg). **Beiträge zur Diagnose und Therapie des Kieferhöhlenempyems.** Danzig, Kafemann. 1892.

Bericht über 40 in den letzten 3 Jahren behandelte Fälle von Empyem der Kieferhöhle mit Bemerkungen über Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie dieser Erkrankung.

Was die Aetiologie betrifft, so war in keinem der Fälle ein markanter Halt- und Stützpunkt zu eruiren, alle laborirten auf der afficirten Seite an Caries der Zähne. Die Ectasie der Kieferhöhlenwände und die Auftreibung der Wangengegend fehlten bei allen Patienten. Das häufige Vorkommen von einem Wulst der lateralen Wand konnte K. durchaus bestätigen. 3 Mal war das Empyem doppelseitig. 12 Fälle trugen den Charakter des Empyème latent pur Jeanty's. Die Durchleuchtungsmethode kann K. nicht als ein sicheres diagnostisches Hülfsmittel anerkennen, während er der Probedurchspülung eine wichtige Rolle unter den diagnostischen Mitteln zuweist. Ein Theil der Fälle wurde geheilt durch Extraction der schuldigen Zähne, ein Theil durch Krause's Jodoformbehandlung, ein Theil durch Ausspülung, ein Fall durch Combination von Ausspülungen mit einer antiluetischen Behandlung. Nicht geheilt, weder durch Ausspülungen noch durch die Knochenbehandlung wurden 8 Fälle.

60jährige Dame, stinkender Ausfluss aus der linken Nase. Umschriebene Caries an der nasalen Wand der Highmorshöhle im Niveau des unteren Nasenganges. Anbohrung. Ausspülung, antiluetische Behandlung.

Es mag in der Kieferhöhle eine luetische Osteo-Periostitis sich entwickelt haben, welche ihrerseits Veranlassung zu einem Empyem gab.

Vielleicht würde bei manchem, jeder, sei es wie gearteten Behandlung hartnäckig widerstehenden Empyem eine des Versuches halber gegebene antiluetische Behandlung die schätzbarsten Momente der diagnostischen Beweisführung liefern. SEIFERT.

51) **Bauer. Ueber Highmorshöhlen-Eiterung.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 20. 1892.*

Vortrag im ärztlichen Verein in Nürnberg, Bekanntes enthaltend.

SCHECH.

52) **Joel** (Gotha). **Ueber das Empyem der Highmorshöhle.** *Corresp.-Bl. d. allg. ärztl. Vereins v. Thüringen. 4. 1892.*

J. ist der Meinung, dass die Durchleuchtung zur Erkennung des Empyems der Highmorshöhle bei Frauen und Kindern von Nutzen sein wird, wenn die

Eiteransammlung eine erhebliche ist. Bei einer dünnen Eiterschicht und bei einem stark entwickelten Männerschädel dürfte sie im Stich lassen. J. giebt ein eigenes Instrument für die Durchleuchtung an. Im Allgemeinen bevorzugt er die Anbohrung der Höhle von der Alveole aus, spült mit $^1/_3$ proc. Lysollösungen und bläst Borsäure oder Natr. sozojodolicum ein.

SEIFERT.

53) **Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle mit Ozaena. (Case of empyema of the antrum of Highmore with Ozaena.)** *Brit. Med. Journ. 9. April 1892.*

M. theilt einen Fall von Empyem mit, in welchem die Ozaena noch andauerte, nachdem die Erkrankung der Highmorshöhle durch operativen Eingriff geheilt war. M. applicirte darauf wiederholt ätzende Flüssigkeiten auf die afficirte Nasenschleimhaut und er erreichte es schliesslich, dass die Ozaena durch eine acute Entzündung verdrängt wurde, welch' letztere in Heilung ausging.

MACKENZIE-JOHNSTON.

54) **O. Chiari. Ueber die Resultate der Behandlung des Highmorshöhlen-Empyems. (Sur les resultats du traitement de l'empyeme de l'antre d'Highmore.)** *Annales des mal. de l'oreille et du larynx. Juni 1892.*

Die Arbeit stützt sich auf 21 Beobachtungen; Verf. stellt die verschiedenen Behandlungsmethoden, die dabei zur Anwendung kommen, einander gegenüber und gelangt zu der Ansicht, dass die sichersten Resultate erzielt wurden durch die Tamponirung mit Jodoformgaze, welche die Eiterung sehr schnell zum Schwinden bringt und nur einmal die Woche vorgenommen zu werden braucht. Verf. eröffnet das Antrum von einer Alveole aus.

E. J. MOURE.

55) **William Robertson** (Newcastle). **Das elektrische Licht bei Krankheiten der Highmorshöhle etc. (The electric light in antral disease etc.)** *Journal of Laryngology. Februar-Mai 1892.*

Der Verf. schildert die Methodik der Verwerthung des electrischen Lichtes zur gründlichen Erleuchtung in Fällen von Erkrankung der Kiefer- und Stirnhöhlen; er legt dieser Methode einen grossen praktischen Werth für die Diagnose bei und erklärt, noch niemals von derselben im Stich gelassen worden zu sein. Weiterhin beschreibt der Verf. die verschiedenen Methoden der Eröffnung der Höhle und macht einige Bemerkungen über das beiderseitige Empyem.

MACKENZIE-JOHNSTON.

56) **H. Davidsohn. Die elektrische Durchleuchtung der Gesichtsknochen, ein sicheres Hilfsmittel für die Diagnose des Empyema antri Highmori unter Berücksichtigung der Form des harten Gaumens.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1892. No. 27ff.*

D. kam auf Grund der Beobachtungen von 13 Fällen zu der Behauptung, dass die Durchleuchtung des Auges unter allen Umständen Eiter, auch in geringer Quantität, sicher ausschliesst.

LANDGRAF.

57) **Ziem. Ueber Durchleuchtung der Gesichtsknochen.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 33.*

Z. wendet sich gegen den von Davidsohn ausgesprochenen Satz, dass die Durchleuchtbarkeit des Auges unter allen Umständen selbst eine geringgradige Eiterung in der Oberkieferhöhle ausschliesse und hält fest an seiner Behauptung, das einzige Mittel, eine Eiterung der Oberkieferhöhle auszuschliessen, sei die Probedurchspülung. LANDGRAF.

c. Mundrachenhöhle.

58) **Müller** (Zürich). **Tuberculöses Geschwür der Lippen- und Wangenschleimhaut.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 15. 1892. S. 480.*

Patient, 36jähr. Spengler, hat einen seit 2 Jahren tuberculösen Bruder. Das Geschwür begann im December 1891 am linken Mundwinkel und erstreckte sich bis Anfang März 6 cm lang, 2 cm breit, parallel der Zahnschlusslinie nach hinten, sieht körnig und grau belegt aus. Die Wange etwas geschwollen. Geschwür beim Essen sehr schmerzhaft. Links oben Spitzenrasseln; Bacillen im Geschwürsbelag. Das Jodkali ohne Erfolg. Ueber den weiteren Verlauf nichts. JONQUIÈRE.

59) **Stephen Paget** (London). **Schanker der Lippe. (Chancre of the lip.)** *Lancet. 16. April 1892.*

Eine Uebersicht über die Literatur dieses Gegenstandes nebst statistischen Bemerkungen und Erörterungen über die Diagnostik, die Symptomatologie und die Therapie der Erkrankung. MACKENZIE-JOHNSTON.

60) **J. Bataschow. Primäre syphilitische Erkrankung an der Oberlippe. (Slutschoi perwitschnoi syphilititscheskoi jaswi na werchnei gube.)** *Med. obosr. 1892. No. 12.*

Die primäre Erkrankung sass an der Oberlippe einer 50 Jahre alten Frau. Die Ansteckung war durch Küssen eines Brustkindes erfolgt, welches an Plaques muqueuses der Lippen litt. LUNIN.

61) **Skaife** (Chichester). **Epitheliom an der Oberlippe einer Frau. (Epithelioma in upper lip of a woman.)** *Brit. Med. Journal. 26. März 1892.*

Krankengeschichte des Falles, dessen Hauptinteresse die seltene Localisirung des Leidens ausmacht. MACKENZIE-JOHNSTON.

62) **C. J. Beadles** (Colney Hatch). **Epitheliom der Lippe bei Weibern. (Epithelioma of the lip in women.)** *Brit. Med. Journ. 2. April 1892.*

Kurze Mittheilung über 3 Fälle von Epitheliom bei Frauen; in zweien von diesen war die Oberlippe afficirt. In derselben Zeit wurden 65 Fälle beobachtet bei Männern, darunter nur einer, bei dem die Oberlippe betheiligt war. Diese

statistischen Angaben entstammen dem Brompton-Hospital für carcinomatöse Krankheiten.

MACKENZIE-JOHNSTON.

63) **M. C. Moxham** (Bury St. Edmunds). **Epitheliom der Oberlippe. (Epithelioma of the upper lip.)** *Brit. Med. Journ. 9. April 1892.*

Kurzer Bericht über 2 Fälle, die beide weibliche Individuen betrafen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

64) **S. O'Sullivan** (Cork). **Epitheliom der Oberlippe. (Epithelioma of the upper lip.)** *Brit. Med. Journal. 16. April 1892.*

Bericht über 2 vom Verf. operirte Fälle.

MACKENZIE-JOHNSTON.

65) **W. Roger Williams** (Preston). **Epitheliom der Oberlippe. (Epithelioma of the upper lip.)** *Brit. Med. Journ. 16. April 1892.*

Bericht über 3 Fälle von Epitheliom nebst einigen statistischen Angaben über die Zahlenverhältnisse der in einigen Londoner Hospitälern vorgekommenen Neubildungen der Lippen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

66) **R. B. M'Causland** (Dublin). **Epitheliom der Oberlippe bei einer Frau. (Epithelioma in the upper lip in a woman.)** *Brit. Med. Journ. 7. Mai 1892.*

Kurze Krankengeschichte.

MACKENZIE-JOHNSTON.

67) **W. H. Jalland** (York). **Weiterer Verlauf eines Falles von Epitheliom bei einem 102jährigen Manne. (Sequel to a case of epithelioma in a man aged 102.)** *Brit. Med. Journ. 7. Mai 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber berichtet J., dass der Fall, den er vor 9 Monaten operirt und den er im vergangenen Jahre publicirt hat, seitdem an einem Recidiv in den Submaxillardrüsen gestorben ist.

MACKENZIE-JOHNSTON.

68) **Adamkiewicz** (Krakau). **Ueber einen Fall von Unterlippenkrebs.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 27.*

Ad. schildert den Verlauf der Einwirkung seines Cancroins auf einen Krebs der Unterlippe mit Drüsen von Haselnussgrösse und darunter. In 3 Monaten waren die meisten Metastasen nahezu geschwunden und das Carcinom der Lippe theils vernarbt, theils sehr zurückgebildet. Es werden alle entzündlichen Reactionen und Rückbildungsvorgänge genau beschrieben. Die Besserung hielt an bis August (Beginn der Behandlung im Januar 1891), worauf die Behandlung unterbrochen werden musste. Im Januar 1892 wurde der Tumor exstirpirt, da die Geschwülste und Drüsen wieder zunahmen. (Jedenfalls ist auch durch diesen Fall der Werth des Cancroins noch nicht erwiesen. Referent.)

CHIARI.

69) **Salomon** (Stettin). **Ueber die Ergebnisse der Hasenschartenoperationen an der Würzburger Klinik seit Herbst 1886.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

Vorliegende Arbeit hat nur für den Chirurgen Interesse.

SEIFERT.

70) Hagedorn (Magdeburg). Die Operation der Hasenscharte mit Zickzacknaht. *Centralbl. f. Chirurgie. 14. 1892.*

Ausschliesslich für den Chirurgen von Interesse. SEIFERT.

71) Piéchaud. Operation wegen Hasenscharte. (Operation pour bec de lièvre) *Congrès de Chirurgie. 20. April 1892.*

Bei der complicirten Hasenscharte hat man die subperiostale Resection des Septum vorgeschlagen, um einen Zapfen zu beseitigen und das vorspringende mediane Läppchen nach hinten zu bringen. An Stelle dieser Resection entfernt Piéchaud, um eine intra-buccale Wunde zu vermeiden, den Knochen mit den Schneidezähnen selbst; er beendet dann die Operation in der gewöhnlichen Weise. Die erreichten Resultate waren zufriedenstellende. J. BARATOUX.

72) A. Pozzi. Complicirte Hasenscharte. (Du bec de lièvre compliqué.) *Congrès des Soc. savantes de Paris et des départements. 8. Juni 1892.*

In Anknüpfung an die Theorie von Albrecht und einen Fall von complicirter Hasenscharte weist Pozzi (Reims) darauf hin, dass man neuerdings mit Goethe der Ansicht sei, dass die vorderen Schneidezähne getragen würden von einem Knochen, der selbst wieder aus zwei eng verbundenen Stücken bestehe (Os intermaxillare), die auf Kosten des Stirnbeins sich entwickelten. Daraus ginge hervor, dass bei der complicirten Hasenscharte der Spalt zwischen einem Schneidezahn und der Dens canina, dem ersten im massiven Kiefer eingepflanzten Zahn, verlaufen müsse.

Albrecht erwähnte Ausnahmen von dieser Regel und wollte an Stelle der 2 Ossa incisiva deren 4 annehmen: die beiden medianen von Goethe — die das Os intermaxillare bilden — und 2 laterale. Danach verläuft die Fissur bei der complicirten Hasenscharte nicht zwischen einem Schneide- und dem Eckzahn, sondern zwischen jenem und einem seitlichen Schneidezahn, der stets nur einmal vorhanden und an die Canina angeschlossen ist: daher der Name: Dens incisiva praecanina, den A. ihm gab.

Nach Albrecht entsteht dieses Os incisivum aus einer secundären Knospung des von der Stirnbeinanlage abhängenden äusseren Nasenkeims. Die Theorie von Albrecht ist schliesslich angenommen worden, aber sie hat noch immer mit Einwänden zu kämpfen, welche aus den Schwierigkeiten der Erklärung gewisser Bildungsfehler und Zahnanomalien (Stirn-Kiefer-Spalten, Verpflanzung des äusseren Schneidezahnes in die innere Fläche der Fossa canina etc.) sich aufdrängen.

Einige Autoren haben ganz willkürlich angenommen, dass das Os incisivum externum eine Dependenz nicht des Stirnbeinkeims, sondern der Kieferanlage sei. Der Verf. hat die Frage nach dieser Richtung hin wieder aufgenommen und wenn ihm auch seine zahlreichen Untersuchungen an Embryonen und menschlichen Foeten nicht ermöglichten, direct die Bildung des Kerns des Os incisivum externum zu beobachten oder auch nur (von Ausnahmefällen abgesehen) die Sutura endomesognathica von Blondi wiederzufinden, so kann er doch Präparate vor-

legen, die den Ursprung des Os incisivum externum klarlegen. Es sind dies 2 Schädelskelette von Hundeföten von sogen. Bulldoggen; man sieht an einem eine einseitige, am andern eine beiderseitige Hasenscharte.

An diesen beiden Präparaten scheint der Spalt auf den ersten Blick zwischen D. incisiva und canina zu verlaufen, aber man findet angeschlossen an die Masse des Kieferknochens und mit der Spitze eng an demselben festsitzend einen fibrösen Keil, der in seinem Innern die D. incisiva praecanina trägt und den noch nicht ossificirten, in seiner Entwickelung zurückgebliebenen Kern des Os incisivum externum darstellt.

Der Ursprung des Mesograthion auf Kosten der Kieferkerne ist evident. Diese Präparate ergänzen die Albrecht'sche Theorie und erklären die Thatsachen, die man jenem entgegenhielt, um die Geltung seiner Theorie anzufechten.

J. BARATOUX.

73) John Thomson (Edinburgh). **Ein Fall von partieller Obliteration der Gallenblase bei einem neugeborenen Kinde zusammen mit zahlreichen anderen congenitalen Missbildungen. (A case of partial obliteration of the gall-bladder in a newborn infant associated with numerous other congenital malformations.)** *Edinburgh Med. Journ. Juni 1892.*

Unter anderen Abnormitäten findet sich auch rechtsseitige Hasenscharte die in die Nase hineinreicht, und complete Gaumenspalte des harten wie weichen Gaumens.

P. M'BRIDE.

74) **Magitot. Die unter dem Namen des vorstehenden Kinns bekannte Gesichtsdeformität und ihre Heilung durch orthopädische Massnahmen. (De la difformité faciale connue sous le nom de „menton de galoche" et sa guérison par les moyens orthopédiques.)** *Gazette des hôpitaux. 1892. p. 575.*

Diese Anomalie, die manchmal von Geburt an besteht, gewöhnlicher aber vom 7. oder 8. Jahre an auftritt, besteht in einer Entstellung des Profils, die dadurch bedingt ist, dass die Oberlippe, statt im Niveau der Unterlippe zu stehen oder dieselbe etwas nach vorn zu überragen, hinter der Unterlippe zurücktritt.

Diese Missbildung, die sich auf den Oberkiefer erstreckt, sollte den Namen des Opisthognatismus tragen, denn es ist der antero-posteriore Durchmesser verkürzt, die Gegend der Schneidezähne abgeplattet und in manchen Fällen das Gaumendach übermässig erhöht.

Diese Deformität ist gewöhnlich bei Patienten mit adenoiden Tumoren vorhanden, aber der Verf. scheint auf diese Coexistenz der eigenartigen Form des Oberkiefers und der Vegetationen im Nasenrachenraum kein Gewicht zu legen.

J. BARATOUX.

75) H. v. Kostanecki. **Beiträge zur Kenntniss der Missbildungen in der Kopf- und Halsgegend.** *Virch. Arch. CXXIII. Heft 3.*

1. Ein menschlicher Unterkiefer mit einem accessorischen Gelenk linkerseits.

Vom hinteren Rande des unteren Endes des aufsteigenden Unterkieferastes entwickelte sich ein breiter kurzer Knochenvorsprung; ein zweiter längerer rund-

licher senkte sich von der Schädelbasis, dem Proc. styloid. entsprechend, herab, und beide sind durch einen Schaltknochen verbunden, mit dem sie Pseudarthrosen bilden.

Diese Missbildung machte im Leben keine Störungen und ist wahrscheinlich zurückzuführen auf eine übermässige Entwickelung des Proc. styloid. und eine Verknöcherung des Lig. stylomaxillare.

Dann beschreibt K. noch:

2. Ein Lamm mit einem accessorischen, am unteren Theil des äusseren Ohrs gelegenen Munde, und

3. einen Mopskarpfen mit vollkommenem Verschluss des Mundes, und

4. ein Hühnchen mit Halsspalte und Zungenvorfall. A. ROSENBERG.

76) **J. Marsh** (Birmingham). **Recidivirende Dislocation des Unterkiefers: Eine Methode der operativen Behandlung. (Recurring dislocation of the lower jaw: a method of treatment by operation.)** *Brit. Med. Journ. 30. April 1892.*

Ein Vortrag, gehalten in der Birmingham Counties Branch, der vornehmlich für den Chirurgen Interesse besitzt. MACKENZIE-JOHNSTON.

77) **Briton. Dauernde Kieferklemme. (Constriction permanente des macheires.)** *Thèse de Paris. 1892.*

Die permanente Kieferklemme ist eine sehr ernste Affection, die nicht spontan heilen kann und stets einen chirurgischen Eingriff nothwendig macht. Was die Behandlung anlangt, so wird man stets die Bildung einer Pseudarthrose als letzte Zuflucht betrachten und wird vorher auf alle nur mögliche Weise trachten, dem Kiefer-Schläfengelenk seine ursprüngliche Freiheit wiederzugeben, denn ein Pseudogelenk ist, wie beweglich es auch sei, nichtsdestoweniger für den Pat. eine lästige Schwäche, peinlich besonders in Bezug auf die Ernährung. Man beginnt darum mit weniger energischen Eingriffen und erst, wenn sie missglückt sind, wird man sich zu diesem Mittel entschliessen. Unter den zahlreichen vorgeschlagenen Behandlungsmethoden ist eine, die für alle Arten der Klemme Geltung hat: die mechanische Dilatation. Diese wird man zuerst versuchen müssen und führt sie zu keinem Resultat, dann ist man berechtigt, nacheinander die verschiedenen complicirteren Operationen zu probiren, bis ein ausreichender Grad von Heilung erzielt ist, wobei die Natur der Erkrankung zu berücksichtigen ist:

Narbencontracturen: Ausschneidung der Narbe vom Munde aus. Zerstörung der Adhäsionen von aussen her ist nur in dem Falle rathsam, wo die ganze Dicke der Backe indurirt ist, und besonders, wenn der Masseter mit in die Retraction einbezogen ist. Autoplastische Transplantation der Mundschleimhaut durch Herabgleiten. Wenn die Ausdehnung der zu ersetzenden Gewebe eine zu erhebliche ist, kann man zur Vermeidung von Zerrungen versuchen, die Schleimhaut durch einen Hautlappen zu ersetzen.

Pseudarthrose am horizontalen Ast des Unterkiefers an der vorderen Grenze der Adhäsionen nach Esmarch. Dieses Verfahren darf niemals beiderseitig angewandt werden, selbst wenn die Contractur doppelseitig ist. In Fällen dieser

Art ist auch nur sehr selten der Process auf beiden Seiten gleich schwer. Man muss um jeden Preis mittelst eines der genannten Mittel den Masseter der weniger kranken Seite zu verwerthen suchen, um die Beweglichkeit des freigemachten Knochenfragmentes zu erhalten. Ist die Narbencontractur von Substanzverlusten begleitet, so wird man später den Defect durch autoplastische Methoden ausfüllen können; die französische Methode (durch Gleiten) scheint die Beste.

Muskelcontracturen: Myotomie von aussen her verdient den Vorzug vor der intrabuccalen Durchschneidung. Der Masseter wird an seiner Basis durchschnitten oder wenigstens die Insertion am Unterkiefer gelöst; auf diese Weise zerstört man am sichersten alle seine Fasern und vermeidet eine Verletzung des Ductus Stenonianus, der Gefässe und der Nervenfasern, die den Muskel in seinem Laufe kreuzen. Pseudarthrose vor dem Masseter nach Esmarch, denn das Versagen der Masseterotomie ist fast immer durch narbige Stränge bedingt. — Bei beiderseitigen Muskelcontracturen: doppelseitige Myotomie; im Falle des Recidivs Pseudarthrose der kränkeren Seite und auf der anderen Zerstörung der Adhäsionen durch Schnitt oder Plastik.

Gelenkcontracturen: Die Bildung einer Pseudarthrose ist das einzige Mittel, wenn die mechanische Dilatation nichts genützt hat. Zur Erreichung derselben wird der Knochen in der Höhe des Unterkiefercondylus unter Wahrung der von Zipfel angegebenen Vorsichtsmassregeln resecirt; besser noch wird an der Basis des aufsteigenden Kieferastes in der Gegend des Kieferwinkels unmittelbar hinter dem Masseter resecirt. Bei diesem letzten Verfahren vermeidet man die Verletzung des Facialis und der A. maxillaris interna und giebt den Bewegungen des neuen Gelenkes grössere Kraft. Welche Methode man auch wählt, wichtig ist immer die spätere Dilatation oder die Ausführung forcirter Bewegungen zur Verhütung der Wiederbildung der Adhäsionen oder der Bildung von Verknöcherungen. Ebenso darf man nicht vergessen, mit der Contractur gleichzeitig auch die Ursache, aus der sie entstanden ist, zu bekämpfen.

J. BARATOUX.

78) **J. Marsh** (Birmingham). **Multiloculärer cystischer Tumor des Unterkiefers. (Multilocular cystic tumour of the inferior maxilla.)** *Brit. Med. Journal. 28. Mai 1892.*

Demonstration des Präparates in der Birmingham Counties Branch der Brit. Med. Assoc.

MACKENZIE-JOHNSTON.

79) **W. F. Chappell. Neubildung am Oberkiefer entfernt mittelst Rouge's Operation. (Superior maxillary neoplasm removed by Rouge's operation.)** *N. Y. Med. Record. 12. März 1892.*

Es handelt sich um ein Mädchen von $2^1/_2$ Jahren; im Alter von 8 Monaten war dasselbe gefallen und hatte sich das Gesicht verletzt. Zur Zeit der Untersuchung bestand eine Schwellung an der rechten Seite der Nase, umschrieben, hart und etwas spitz auslaufend. Dieselbe schien im Zusammenhang mit den Nasenknochen zu stehen, erwies sich aber nach der Exstirpation mittelst der Rouge'schen Operation als zum Oberkiefer gehörend; sie bildete eine harte,

knochige Masse von krebsiger Beschaffenheit. Einen Monat lang blieb das Recidiv aus, dann entwickelte sich rapide eine neue Schwellung, die die Orbita und den Alveolarfortsatz mit ergriff. LEFFERTS.

80) **Quensel** und **Boheman** (Stockholm). **Enchondroma plexiforme (intravasculare) des Oberkiefers. (Enchondroma plexiforme [intravasculare] fran öfverkäken.)** *Nordisk medicinisk Archiv. XXII. No. 25.*

Die Verff. haben Gelegenheit gehabt, einen Tumor obengenannter Beschaffenheit anatomisch zu untersuchen. Der Tumor stammte von einem 50jährigen Manne, welchem der Oberkiefer resicirt war. SCHMIEGELOW.

81) **Camelot. Fibro-sarcomatöse Epulis am Unterkiefer; Heilung nach Resection des Kiefers. (Epulis fibro-sarcomateux de la macheire inferieure. Résection du maxillaire; guérison.)** *Journal des sc. med. de Lille. 15. April 1892.*

Der Ausgangspunkt dieser Tumoren ist das Periost der Zahnalveolen; manche Autoren wollen sie jedoch auch aus dem Knochengewebe entstehen lassen. Bald zeigen sie sich primär in der Höhe des Halses des Zahnes; bald entstehen sie im Grunde der Alveole, aus der sie den Zahn verdrängen. Selten aus Binde- oder Knorpelgewebe gebildet, sind diese Epulis-Geschwülste zumeist Knochensarcome mit Myeloplaxen und sehr gefässreich. Die Prognose dieser Geschwülste ist eine gutartige. Drüsenschwellungen kommen nur ausnahmsweise vor; sie sind dann wahrscheinlich auf Rechnung des schlechten Zustandes der Schleimhaut zu setzen, die an manchen Stellen der Geschwulst verletzt wird. Die Gutartigkeit der Prognose lässt in manchen Fällen mit einem wenig ausgedehnten Eingriff auskommen.

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle handelt es sich um eine 52jährige Frau, bei der die Geschwulst des Kiefers vor etwas mehr als 6 Monaten mit ein paar kleinen harten Auswüchsen am Zahnfleisch begonnen hatte. Diese kleinen Tumoren hatten sich isolirt entwickelt, um dann eine umfangreiche Masse zu bilden, die den rechten Kieferknochen vom ersten Prämolarzahn nach aussen einnahm. Dieser Tumor von fester Consistenz wurde von Duret exstirpirt, der die Resection der ganzen rechten Hälfte des Unterkiefers ausführte. In der rechten seitlichen Regio subhyoidea existirten einige kleine Drüsenschwellungen.

Es wurde die Diagnose auf Epulis von wahrscheinlich sarcomatöser Natur gestellt und deshalb die Operation beschlossen. Die Resection der ganzen Kieferhälfte wurde vorgenommen, weil man fürchten musste, dass die Geschwulst sich bis ins Centrum des Knochens fortsetzte. Duret machte zwei verticale Schnitte, den einen durch die Mittellinie des Kinns, den anderen in der Regio submaxillaris, und verband beide durch einen grossen Schnitt parallel dem unteren Kieferrande: auf diese Weise wurden der Knochen und die Submaxillardrüse mit den sie umgebenden Lymphdrüsen blossgelegt. Die Kettensäge wurde genau in der Mittellinie angelegt und der Knochen durch die Durchschneidung der Kaumuskeln und die Desarticulation im Kiefer-Schläfengelenk vollständig freigelegt. Die Submaxillardrüse wurde gleichzeitig entfernt. Die Wunde wurde durch zwei

Reihen Nähte, eine Catgutnaht durch die Schleimhaut und eine Seidennaht durch die Haut, geschlossen. Störungen nach der Operation traten nicht auf und die Kranke ist gegenwärtig geheilt.

Die von Prof. Augier vorgenommene histologische Untersuchung zeigte, dass es sich um ein Fibro-Sarcom handelte, in dem junges und altes Bindegewebe sich zu gleichen Theilen fanden. Die jungen Elemente bestanden aus grossen Spindelzellen mit stark granulärem Protoplasma und ovoidem, länglichem, mit Pikrokarmin lebhaft sich färbendem Kern. Dieselben bildeten bald Bündel, wie man sie in dem gewöhnlichen fasciculären Sarcom findet; bald lagen sie durch eine fibrilläre Substanz getrennt. Dies Gewebe lässt sich mit dem embryonären Sarcom unmöglich verwechseln.

Myeloplaxen fanden sich nicht in der Geschwulst, Blutgefässe nur spärlich.

J. BARATOUX.

82) **Alfred Parkin** (Hull). **Myeloid-Sarcome des Ober- und Unterkiefers: Partielle Excision des Unterkiefers und complete Excision des rechten Oberkiefers. (Myeloid sarcomata of upper and lower jaws: partial excision of lower and complete excision of right upper jaw.)** *Brit. Med. Journ. 21. Mai 1892.*

Es handelte sich um ein Kind von $3^1/_2$ Jahren, das infolge des nach Hintendrückens der Zunge durch die Geschwulst asphyctisch war. Nach der Operation erholte sich das Kind sehr schnell.

MACKENZIE-JOHNSTON.

83) **Max Flesch** (Frankfurt a. M.). **Ein Fall von angeborener Zahnbildung.** *Anatom. Anzeiger. 1892. No. 14.*

Rechter innerer Schneidezahn, der, wegen Trinkstörung entfernt, sich als Schmelzkappe mit lockerer, bindegewebiger Unterlage erwies. Bei der Dentition zeigte sich an derselben Stelle statt eines Milchzahns ein kurzer, konischer Zapfen, der Dentinstock eines Zahns ohne Schmelz — also eine Verschiebung der beiden Zahncomponenten — durch die die Schmelzkappe vorzeitig und selbstständig als angeborener Zahn auftrat.

A. ROSENBERG.

84) **Michael Dewar** (Edinburgh). **Ungewöhnliche Dentition. (Unusual dentition.)** *Edinburgh Med. Journal. Juni 1892.*

Vorstellung eines Individuums, das nie Milchzähne gehabt hatte; später hatten sich bei demselben zehn bleibende Zähne entwickelt, nämlich zwei Bicuspidalzähne und der erste Molarzahn beiderseits im Oberkiefer und der zweite Bicuspidal- und der erste Molarzahn beiderseits im Unterkiefer.

P. MC. BRIDE.

85) **Lemoine**' **Der Zahnsaum. (Liseré gingival.)** *Bulletin therap. 1892. p. 437.*

Alle Agentien, welche die Salivation befördern, vermehren dadurch auch die Menge der in der Mundhöhle lebenden Bacterien und begünstigen infolge dessen die putriden Zersetzungen, deren Sitz der Mund ist. Und dieses trifft sogar zu, wenn das die Salivation anregende Mittel selbst ein starkes Antisepticum ist, wie das Quecksilber. Man darf nicht vergessen, dass die antiseptische Kraft einer Substanz nur auf bestimmte Keime wirkt, auf andere aber nicht und es hat darum nichts verwunderliches, dass ein Theil der Mikroorga-

nismen des Mundes in seiner Entwickelung in keiner Weise genirt wird und sich in erheblichen Dimensionen weiter vermehrt. In dieser starken Vermehrung der Mikroben infolge der gesteigerten Salivation und in den Fermentationsvorgängen aller Art, die sie hervorruft, glauben wir die Ursache der Mundentzündungen, die man bei den chronischen Intoxicationen mineralischen Ursprungs beobachtet, und vielleicht auch des Zahnsaums erblicken zu müssen. J. BARATOUX.

86) **Lemoine. Zahnsaum nach Einführung von Borax. (Liseré gingival consécutif à l'ingestion du borax.)** *Bulletin de therapeut. 30. Mai 1892.*

Verf. hat 2 Patienten beobachtet, die nach Aufnahme einer täglichen Dosis von 2 g Borax einen Zahnsaum ähnlich dem Bleisaum zeigten.

J. BARATOUX.

87) **A. Coolidge. Tuberculöse Ulceration des harten Gaumens und des Zahnfleisches. (Tubercular ulceration of the hard palate and gums.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 5. Mai 1892.*

C. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine tuberculöse Ulceration, die am Zahnfleisch rings um die obere Zahnreihe und am harten Gaumen dicht hinter dieser vorkommt. Nur die Schleimhaut ist afficirt, der Knochen ist nicht cariös. Die Affection ist ausserordentlich chronisch in ihrem Verlaufe und zeigt keine Tendenz zur Heilung, wenigstens nicht, so lange die Zähne bleiben. Das Zahnfleisch kann langsam zerstört werden, so dass die Wurzeln der Zähne frei zu Tage liegen. Man hat den vorderen Porus palatinus als den Canal angeschuldigt, durch den die Krankheit sich von der Nase auf den Gaumen ausdehnt und umgekehrt und bei zwei der mitgetheilten Fälle scheint die Sache auch so vor sich gegangen zu sein. Allein es scheint auch möglich, dass die Erkrankung des Zahnfleisches die Brücke bildet, auf der der Lupus oder die sonstige tuberculöse Erkrankung vom Hals auf die Nase oder umgekehrt übergeht.

In den 3 C.'schen Fällen war die Erkrankung des Zahnfleisches und des harten Gaumens überhaupt das einzige Symptom; in keinem bestand zur Zeit, wo C. seine Arbeit publicirte, irgend ein Symptom von Erkrankung der Lunge, des Kehlkopfs oder der Epiglottis. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **Duplay. Syphilitische Perforation des Gaumensegels. (Perforation syphilitique du voile du palais.)** *Union méd. 12. April 1892.*

Perforation des Gaumensegels mit syphilitischer Coryza, geschlossen nach dem Verfahren von Boizeau; letzteres besteht darin, dass man zwei Lappen in Brückenform aus dem Gaumendach loslöst, sie nach der Mitte zu aneinanderbringt und durch die Naht vereint.

Zum Gelingen der Operation gehört, dass die syphilitische Coryza erst einmal geheilt wird. Ferner muss die specifische Behandlung nach der Operation noch eine gewisse Zeit hindurch fortgesetzt werden. J. BARATOUX.

89) **Lermoyez. Insufficienz des Gaumensegels. (L'insuffisance velo-palatine.)** *Annal. des mal. de l'oreille, du larynx. März 1892. No. 3.*

Der Verf. beschreibt unter dem Namen der Insufficienz des Gaumensegels

eine congenitale Anomalie in Folge von Entwickelungshemmung, bei der das normal aussehende, intacte und bewegliche Gaumensegel zu kurz ist, um mit seinem freien Rande die hintere Rachenwand berühren zu können. Diese Anomalie führt zu Störungen des Schluckvermögens und der Sprache; letztere sind die bedeutungsvolleren. Der Verf. giebt eine Beschreibung der pathologischen Anatomie der Affection und stellt dann die verschiedenen Mittel zusammen, mit denen man versucht hat, dieser Schwäche abzuhelfen: methodische Sprachübungen, prothetische Apparate und operative Eingriffe. E. J. MOURE.

90) **M. Toeplitz. Symmetrische congenitale Defecte in den vorderen Gaumenbögen. (Symmetrical congenital defects in the anterior pillars of the fauces.)** *Arch. Otology. Vol. 21. No. 1. Januar 1892.*

Der Pat., ein 23jähriger Mensch, hatte 2 Löcher in den Arcus palato-glossi, das rechte um ein geringes grösser und etwas mehr vom Rande des vorderen Bogens entfernt. Diese Ränder waren glatt, ohne eine Spur von Narbenbildung, elliptisch gestaltet, sie endeten medianwärts frei in die Mundhöhle, nach hinten blind in den Raum, wo gewöhnlich die Tonsillen liegen. Diese selbst fehlten vollständig. — Bisher sind nicht mehr als 6 derartige Fälle beobachtet worden. — In der Discussion über den Fall wurde eine ausreichende Erklärung für diesen Zustand nicht vorgebracht, doch stimmten alle Anwesenden darin überein, dass es sich um einen congenitalen Zustand handle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

91) **Guillemet. Missbildung des Gaumens und Rachens. (Malformation palatepharyngée.)** *Soc. med. de Nantes. 8. Februar 1892.*

Bei einem Kinde, das in den ersten Lebenstagen in Syncope starb, zeigte der Rachen folgendes Aussehen: das Gaumensegel bot auf seinen beiden Seiten ein sehr verschiedenes Bild. Links schien es sich nach der hinteren Rachenwand hin zu verlängern, rechts sass das locheisenförmig gestaltete Zäpfchen, das ein unmittelbar hinter der Zungenbasis belegenes Infundibulum abschloss. In dieser pharyngo-nasalen Tasche und nicht im Magen sammelte sich die Muttermilch an. Trotzdem scheint der Tod nicht durch Erstickung erfolgt zu sein, sondern vielmehr durch Syncope, was G. wegen des Bestehens eines Herzfehlers annimmt; freilich konnte G. sich dessen nicht versichern, da er die Autopsie nicht vornehmen konnte. J. BARATOUX.

92) **H. Gutzmann** (Berlin). **Einige Hülfsmittel bei der sprachlichen Behandlung von Patienten mit Gaumendefecten.** *Medic.-pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. August 1892.*

G. empfiehlt zur sprachlichen Nachbehandlung von operirten Gaumendefecten die Benutzung eines Handobturators, um abwechselnd mit und dann ohne diesen Sprachübungen zu machen. Das Instrument wirkt wie ein Gaumenheber, wie ein Rachenobturator und schliesslich wie der den Gaumen und Rachen systematisch massirende Finger. SEIFERT.

93) **W. F. Casselberry. Die springenden Punkte bei der Operation der Gaumenspalten. (Salient features of the operation for cleft palate.)** *Journal Americ. Med. Assoc. 2. April 1892.*

Eine klinische Vorlesung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **Delore. Urano-Staphylorraphie. (Urano-Staphylorrhaphie.)** *Lyon médical. Mai 1892.*

Nach D.'s Ansicht kann man die Mortalität der Kinder im 1. Lebensjahre herabsetzen, wenn man sich durch sorgsame Vorsichtsmassregeln schützt, nämlich in zwei Sitzungen operirt zur Verminderung des Shoks und genau die Qualität der Nahrung überwacht. Man braucht dann nicht die Zeit der Entwöhnung abzuwarten und kann das Fehlen der Zähne und die geringere Tiefe der Gaumenwölbung sich nutzbar machen. Delore stellt die Beweglichkeit her, indem er in weitem Umfange frei präparirt, anstatt, wie es Ollier thut, mehrere Schnitte anzulegen. Die locale Muskelatrophie, die oft die congenitale Gaumenspalte begleitet, bildet sich allmählich zurück, wenn die normale Form rechtzeitig wieder hergestellt ist, ein neues Argument für die Frühoperation. Die breiigen Beläge, die nach der Operation auftreten und eine richtige Necrobiose des Epithels darstellen, sind speciell an der Gaumenwölbung häufig und scheinen auf das Ausbleiben der Vereinigung an einigen Nahtstellen zurückzuführen zu sein. Für diesen Fall ist der Citronensaft das geeignetste locale Mittel. Ollier operirt seine Kinder erst von 4 Jahren an eben wegen der Muskelatrophie.

J. BARATOUX.

95) **G. Gradenigo** (Turin). **Ein congenitaler Tumor des vorderen Gaumenbogens. (A proposito d'un tumore congenito del pilastro anteriore palatino.)** *Il Sordomuto. Februar 1892.*

G. stellt einige Betrachtungen über den von Roncolli in der R. acad. med. de Turin vorgestellten Fall an (vergl. „Teratom des Rachens etc.").

CARDONE.

96) **Himmelreich** (Gelsenkirchen). **Ein primäres Drüsencarcinom des harten Gaumens.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

Bei einem 43jährigen Mann wird eine Geschwulst constatirt, welche fast den ganzen harten Gaumen einnimmt, und auch die linke Choane ausfüllt. Der Tumor schien auszugehen von der unteren und lateralen Wand der linken Nasenhöhle. Operation in der Würzburger chirurgischen Klinik. SEIFERT.

97) **W. Peyre Porcher. Ein selbsthaltender Gaumenzurückzieher. (Self-retaining palate retractor.)** *Phil. Med. News. 16. Januar 1892.*

Eine Fortsetzung der Prioritätsstreitigkeiten über die Erfindung dieses Instrumentes (vergl. die im Centralblatt bereits referirten Mittheilungen über diesen Gegenstand von Weagly u. A.). An dem im vorliegenden Artikel beschriebenen Instrument besteht der Haken aus einer soliden Platte anstatt einer Drahtschlinge; die Gewebe können sich deshalb nicht vorwölben und das Gesichtsfeld verschliessen. Die Spitze ist gegabelt und nach hinten gekrümmt, das Septum wird weder gekratzt noch sonstwie belästigt, dient aber zur Befestigung des Instru-

mentes. Die Sperrung am Schieber wirkt vollständig automatisch, ohne Schraube oder Riegel. Die beiden Arme sind mit Metall- oder Hartgummistegen versehen und ruhen auf den Alveolarfortsätzen zur Seite der Nase. Sie liegen dort fest an durch den Druck des retrahirten Gaumens und können nicht abgleiten, sie müssten denn schlecht angepasst sein. Ferner können sie, da sie nicht in die Nase eingeführt werden brauchen, für jedes Gesicht ohne Rücksicht auf seine besondere Gestaltung gebraucht werden. LEFFERTS.

d. Diphtheritis und Croup.

98) **A. Baginsky. Zur Aetiologie der Diphtherie** *Münchner med. Wochenschr. No. 8. 1892.*

In 154 untersuchten Fällen wurde 118 mal der Löffler'sche Bacillus gefunden. Von diesen starben 45 = 38 pCt. Unter den 36 Fällen, wo sich Löffler's Bacillus nicht fand, starben nur 4; zur Feststellung der Diagnose empfiehlt Baginsky einen mit Petroleum heizbaren Brütofen. Bei der Scharlachdiphtherie fanden sich stets nur Streptococcen; bei Rhinitis fibrinosa fand Baginsky den Löffler'schen Bacillus. SCHECH.

99) **E. Fränkel. Zur Aetiologie des primären Larynxcroup.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1892. No. 24.*

F. fand in 4 Fällen primären Larynxcroups bei im übrigen gesunden Rachenorganen typische Klebs-Löffler'sche Diphtherie-Bacillen und erklärt den idiopathischen Croup des Kehlkopfs für ätiologisch identisch mit der Diphtherie. LANDGRAF.

100) **H. Mallins** (Watton). **Diphtherie infolge eines schadhaften Abzugrohres. (Diphtheria arising from faulty drainage.)** *Lancet. 12. März 1892.*

Bericht über einen Fall, der nach Verf.'s Meinung wohl auf die Ausdünstungen eines schlechten Leitungsrohres im Schlafzimmer zurückgeführt werden könnte. MACKENZIE-JOHNSTON.

101) **R. J. Harvey** (Montana). **Diphtherie infolge schlechter Abzugsröhren. (Diphtheria from faulty drainage.)** *Lancet. 28. Mai 1892.*

Zwei Fälle von tödtlich endigender Diphtherie kamen in einem vollständig isolirten District in Canada vor. Eine Infection erschien unmöglich, da die Krankheit im ganzen District unbekannt war; im Hause fand sich ein schadhaftes Abzugsrohr. MACKENZIE-JOHNSTON.

102) **Henry Ashby** (Manchester). **Die bakteriologische Diagnose der Diphtherie. (The bacteriological diagnosis of diphtheria.)** *Lancet. 19. März 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber nimmt der Verf. Bezug auf einen Leitartikel über obige Frage. Der Verf. muss zwar die Schwierigkeiten zugeben, die sich jetzt noch gegen eine regelmässige Untersuchung auf Bacterien geltend

machen lassen, doch hofft er, dass verbesserte Untersuchungsmethoden mit der Zeit dieses Moment zu einem practischen Hülfsmittel für die Diagnose machen werden.
MACKENZIE-JOHNSTON.

103) **Redactionelle Notiz. Die Diphtherie als Bakterien-Krankheit. (Diphtheria as a germ disease.)** *Gaillard's Med. Journal. April 1892.*

Die Thatsache, dass der Diphtheriebacillus auf einer vollkommen gesunden Schleimhaut wohnen kann, ohne die Erkrankung hervorzurufen, lehrt uns, dass eine der sichersten prophylactischen Maassnahmen die Gesunderhaltung des Halses und der Nasenwege der Kinder ist.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **X. Wirkung des Antipyrins auf den Diphtheriebacillus. (Action of antipyrin on the bacillus of diphtheria.)** *Lancet. 9. Mai 1892.*

Eine Notiz über eine Arbeit von Vianna im Bulletin Medical (30. März 1892), in der gezeigt wird, dass das Antipyrin bactericide Eigenschaften gegenüber dem Diphtheriebacillus besitzt und dass es die toxische Kraft der Producte dieses Bacillus zerstört.
MACKENZIE-JOHNSTON.

105) **Redactionelle Notiz. Die Diagnose der Diphtherie und des Croup. (The diagnosis of diphtheria and croup.)** *N. Y. Med. Record. 2. April 1892.*

Ein Auszug aus einem Artikel des Londoner Lancet, der gewisse neuerdings von Baginsky geäusserte Anschauungen bespricht.
LEFFERTS.

106) **Rheiner** (St. Gallen). **Ueber den statistischen Werth der Diphtheritisdiagnose.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 14. 1892.* **Basel bei B. Schwabe.**

Verf. kommt in seinem sehr zeitgemässen kurzen Aufsatz ungefähr zu folgenden Schlüssen:

1. Anatomisch sind die diphtheritischen Membranen das Resultat einer entzündlichen Ausschwitzung aus den Schleimhautgefässen mit secundärer Coagulationsnekrose der serofibrinös durchtränkten Theile.

2. Die echte Diphtheritis ist fast sicher bedingt durch den (Klebs-) Löffler'schen Bacillus, der erst am zweiten und fast mit Gewissheit am dritten Krankheitstage auf den Membranen nachgewiesen werden kann. Er stellt ein eigenthümlich gebogenes Stäbchen mit abgerundeten Ecken dar. Er zeigt sich nur an der Erkrankungsstelle, nie in den inneren Organen. Diphtheritis ist also ein Localleiden und wird erst in Folge der Resorption eines durch die Bacillen verursachten Giftes zur Allgemeinkrankheit.

3. Diphtheritisähnliche Bilder und ähnliche klinische Symptome werden oft vorgetäuscht durch die lacunäre oder folliculäre Angina, sowie durch den Herpes und Pemphigus pharyngis nach Abstossung der Bläschendecke und consecutiver Membranbildung. Die Scharlachmembranen sind meist durch das Scharlachcontagium in Form nekrotisirender Angina hervorgerufen, können aber mitunter als Complicationen echt diphtheritisch werden.

4. Sichere bacteriologische Kenntnisse über Rhinitis membranacea und Larynxcroup sind einstweilen nicht bekannt geworden, jedenfalls scheint aber Croup der ächten Diphtheritis nahe verwandt zu sein.

5. Aus der anatomischen Definition der Diphtheritis geht klar hervor, dass eingreifende Maassregeln, Pinseleien etc. Schaden anrichten können, und nur ein reinigendes Localverfahren indicirt ist.

6. Bei der dem practischen Arzt hier nicht leicht zugänglichen mikroskopischen Diagnostik ist die Diagnose und die Statistik der Diphtheritis noch immer unsicher und auf die bisher bekannten Symptome angewiesen, obschon jeder Arzt nun weiss, was er unter ächter virulenter Diphtheritis verstehen soll.

JONQUIÈRE.

107) Caudelon. **Statistische Studie über die von 1852 bis 1886 im Canton Mauvezin beobachteten Diphtheritis-Fälle. (Etude statistique sur les cas de diphthérie observés dans le canton de Mauvezin de 1852 à 1886.)** *Bull. société Med. de Toulouse. No. 1. 1892.*

Verf. stellt die Fälle von Diphtheritis zusammen, die er Jahr für Jahr in seinem Bezirk beobachtet hat. Er hat im Ganzen 151 Fälle gehabt und dabei nur 1 mal die Tracheotomie gemacht.

Im Anschluss an die Statistik bespricht Verf. die verschiedenen Mittel, deren er bei der Behandlung in dieser Zeit sich bedient hat. E. J. MOURE.

108) **E. Martin** und **M. Maillart** (Genf). **Kurze Spitalberichte über Diphtheritis und Croup.** IV. Schweizer Aerztetag in Genf. *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 13. 1892. Revue med. de la Suise romande. No. 7. 1892.*

Die kleinen statistischen Zahlen mögen l. c. nachgesehen werden. Unter Anderem hat sich ergeben, dass bei der Hälfte der Diphtheritisfälle etwas Albuminurie vorkomme, und dass nach 7 vorhergegangenen Jahren mit gutartigen Epidemien, 1890 und 1891 die Zahl der Diphtheritiden mit böser Allgemeininfection gegenüber denjenigen mit Croup ausserordentlich zugenommen hätte.

JONQUIÈRE.

109) Axel Thomsen (Kopenhagen). **367 Fälle von Diphtheritis in dem Kopenhagener Amts-Krankenhaus 1890—91 incl. behandelt. (367 Tilfälde af Difteritis behandlede paa Kjöbenhavns Amts Sygehus.)** *1892. p. 393.*

Es wurden 137 Männer mit einem Mortalitätsprocentsatz von 16 und 230 Weiber mit einem Mortalitätsprocentsatz von 10 behandelt. In allen Fällen waren Pseudomembranen in den Fauces vorhanden; 43 mal war ausserdem der Larynx, 66 mal die Nase angegriffen. SCHMIEGELOW.

110) Axel Thomsen (Kopenhagen). **82 Fälle von Croup in dem Kopenhagener Amts-Krankenhaus im Jahre 1891 behandelt. (82 Tilfälde af Krup, behandlede paa Kjöbenhavns Amts Sygehus 1891.)** *Hosp.-Tidende. 10. Febr. 1892. p. 137.*

Aus diesem Bericht soll nur hervorgehoben werden, dass von den 82 Pat. 30 starben, 52 als geheilt entlassen wurden. Der Mortalitätsprocentsatz war 36,6. In zwei Fällen wurde mit Erfolg wegen difficilen Decanulements die Intubation von Schmiegelow ausgeführt. SCHMIEGELOW.

111) **Forum Jensen** (Danemark). **49 Fälle von Croup, behandelt in dem Krankenhaus zu Slagelse. (49 Tilfälde af Kroup behandlede paa Slagelse Sygehus.)** *Ugeskrift for Läger. 1892. p. 303. 25. März.*

Von den 49 Kranken wurden 43 tracheotomirt, nur 12 starben, also: 72,09 pCt. geheilt, 27,91 pCt. gestorben. In 2 Fällen konnte das Decanulement nicht gemacht werden; es wurde die Intubation versucht. In dem einen Falle hat Schmiegelow intubirt (siehe den Fall: „Jacob Anders" in Monats. f. Ohrenh., 1892, S. 35). In dem anderen Falle wurde die Intubation vom Verf. selbst gemacht. Die Intubationscanüle lag 3 Wochen, wurde dann herausgenommen, aber nach 3 Tagen wurde wegen Erstickungsanfällen die Tracheotomiecanüle eingelegt. Das Kind starb 2 Tage nachher in einem plötzlich eintretendem Erstickungsanfall.

SCHMIEGELOW.

112) **X. Diphtheritis in dem New bottle District. (Diphtheria in the New bottle district.)** *Lancet. 19. März 1892.*

Eine kurze Bemerkung ohne besonderes Interesse.

MACKENZIE-JOHNSTON.

113) **N. C. Burnham. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Med. Current. Mai 1892.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) **Koplik. Formen von Diphtherie, die einfache Angina vortäuschen. (Forms of diphtheria which simulate simple angina.)** *N. Y. Medical Record. 14. Mai 1892.*

K. bespricht seine Methodik, um durch die bakteriologische Untersuchung zu einer sicheren Diagnose zu kommen und legt mehrere Abbildungen von Culturen des Pseudo-Diphtheriebacillus und von solchen des wahren Diphtheriebacillus vor. Er berichtet dabei über eine wichtige klinische Beobachtung, dass nämlich ein paar Kinder anscheinend milde Formen von Angina hatten, bei denen die Cultur das Vorhandensein virulenter Formen von Diphtherie ergab. Es wurde auf Thiere geimpft mit positivem Resultat.

LEFFERTS.

115) **Howard Tooth** (London). **Ein Fall von Febris enteritica mit Lungencomplicationen, gefolgt von Kehlkopfdiphtherie; Tracheotomie; Tod; Sectionsbefund. (Case of enteric fever with pulmonary complications followed by laryngeal diphtheria: tracheotomy: death: necropsy.)** *Lancet. 2. April 1892.*

Die Ueberschrift sagt genug über die Natur des von T. mitgetheilten Falles.

MACKENZIE-JOHNSTON.

116) **S. von Gerlóczy. Zwei seltenere Fälle von Abdominaltyphus.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 15.*

Verf. beobachtete einen ihm als Diphtheritis eingelieferten Krankheitsfall bei einem 14jähr. Mädchen, der sich später als Typhus abdominalis herausstellte. In der 2. Woche entwickelten sich im Rachen Erscheinungen, die als Diphtheritis angesprochen wurden. Der Beweis, dass es sich um echte Diphtheritis gehandelt habe, ist nicht geliefert.

LANDGRAF.

117) **Bagot. Croup und Laryngitis suffocativa. (Croup et laryngite suffocante.)** *Revue gén. de clinique. 1892. p. 389.*

Verf. berichtet über 2 Todesfälle infolge von Larynxstenose; beide Mal hatten die Eltern die Tracheotomie verweigert. J. BARATOUX.

118) **Jaeckle. Hemiplegia cerebralis nach Diphtherie.** *Bad. ärztl. Mittheilung. XLVI. 10. 1892.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

119) **F. E. Martindale. Eine pathologische Uebersicht über die Diphtherie mit besonderer Berücksichtigung einer neuen Behandlungsmethode. (A pathological review of diphtheria with special reference to a new method of treatment.)** *N. Y. Med. Record. 6. Februar 1892.*

M. giebt seiner Anschauung Ausdruck, dass die Aerzte ein sicheres Mittel gegen die Diphtherie in der Herstellung einer Theer- und Terpenthin-haltigen Athmosphäre besitzen, wenn diese Behandlung nur begonnen wird, ehe die Krankheit constitutionell geworden ist. Er selbst hat innerhalb 3 Jahre 24 Fälle so behandelt und davon nur 1 verloren, den er bei einer Consultation erst am 5. Tage nach der Entwickelung schwerer Allgemeinsymptome sah. M. sieht die Krankheit als eine durch Mikroben bedingte an. LEFFERTS.

120) **L. E. Holt. Die Ernährung bei der Diphtherie; Methoden der Zwangsernährung. (Feeding in diphtheria; methods of forced feeding.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 17. März 1892.*

H. bespricht sein Thema unter folgenden Capitelüberschriften: 1) Art der Nahrung. 2) Häufigkeit der Nahrungsdarreichung. 3) Zwangsfütterung. — Was letztere anlangt, so gestaltet sie sich leichter, als man im Allgemeinen annimmt. Der gewöhnliche Apparat zum Magenausspülen ist alles, was man dazu braucht. Auch die Technik ist dieselbe wie dort. Wo sehr starker Widerstand geleistet wird, kann man die Sonde durch die Nase einführen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

121) **A. Jacobi. Constitutionelle Behandlung der Diphtherie. (Constitutional treatment of diphtheria.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 17. März 1892.*

Verf. verwendet das Quecksilberbichlorid bei allen Formen der Erkrankung und in grossen Dosen, ein Kind von 6 Monaten kann 0,0015 g täglich nehmen. — Stimulantien sollen früh zur Anwendung kommen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

122) **J. L. Cardozo. Blutentziehung: ihre Wirkungen in Hals, Mund und Nase. (Sanguinaria: its effects on the throat, mouth and nose.)** *Journal Ophth., Otol. and Laryngol. Januar 1892.*

Die Blutentziehung wirkt fast ausschliesslich auf die rechte Körperseite (? Red.). C.'s Versuche zeigen, dass sie bei diphtheritischen Halsschmerzen heilend wirken kann, bei wahrer Diphtherie aber nicht indicirt ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **Reisz (Ungarn). Erfahrungen über Diphtheritis.** *Gyakorló orvos. 1892. No. 11. Pest. med. chir. Presse. 1892. No. 19.*

Referat über 520 Fälle mit einer Mortalität von 29 pCt.; er theilt aus praktischen Gründen die Erkrankungen in schwere, mittelschwere und leichte Fälle ein. Therapie bestand in Insufflation von Natrium benzoicum. Manchmal entfernte er die Membranen mit in Carbolglycerin getauchten Tampons und bepinselte die Schleimhaut mit allen möglichen antiseptischen Mitteln, aber meist ohne Erfolg. CHIARI.

124) **W. H. Connell. Ein Fall von membranösem Croup. (A case of membranous croup.)** *Memphis Med. Monthly. April 1892.*

C. berichtet über einen Fall, in dem er zahlreiche Mittel probirte ohne deutlichen Erfolg; er liess nun alles fort bis auf den Dampf und — der Pat. starb! W. J. SWIFT (LEFFERTS).

125) **G. C. Beebee. Zinkjodid bei Croup. (Jodide of zinc in croup.)** *Med. Era. April 1892.*

„Bei diesem Mittel ist der Croup eine harmlose Affection, niemals ein Gegenstand des Schreckens". Leider ist es bei der laryngealen Diphtherie nicht so sicher. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

126) **A. Seibert. Submucöse antiseptische Injectionen. (Submucous antiseptic injections.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 17. März 1892.*

Wenn der Klebs-Loeffler'sche Bacillus sein Gift inner- und unterhalb der Pseudomembran producirt, so ist dort der Platz, ihn zu bekämpfen. S. hat zu diesem Zweck ein Instrument angegeben, bestehend aus einer Anzahl von subcutanen Canülen, die eng bei einander auf eine Scheibe aufgesteckt werden, durch welche man eine antiseptische Flüssigkeit hinter die Membran injiciren kann. S. benutzt zur Injection sehr starkes Chlorwasser. Diese Methode soll zur Ergänzung, nicht zum Ersatz anderer localer Behandlungsmethoden dienen; eine oder zwei Injectionen reichen für gewöhnlich aus.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

127) **Florain. Behandlung der Angina diphtheritica mittelst einer gesättigten Lösung von Chlorzink gemischt mit Chinin und Honig. (Traitement de l'angine diphtheritique par la solution saturée de chlorure de zinc, melangée à la poudre de quinquina et au miel.)** *Bullet. de Therapeut. 1892. p. 327.*

Gesättigte Chlorzinklösung 10,0 g
Gelbes Chininpulver 10,0 „
Honig in genügender Menge zur Anfertigung einer Paste von der Consistenz von Himbeergelée.

Diese Mischung wird mittelst eines Leinwandbausches 4 stündl. hinten im Halse applicirt. J. BARATOUX.

128) **E. C. Lancaster (London). Oxygen bei Diphtherie. (Oxygen in diphtheria.)** *Brit. Med. Journ. 12. März 1892.*

Verf. weist in seiner kurzen Mittheilung auf die günstige Wirkung hin, die

er in einem Falle von ausgesprochener Rachen- und Kehlkopfdiphtherie durch Inhalationen von Oxygen erzielte. Die quälende Dyspnoe und die Cyanose wurden jedesmal, wenigstens für eine Zeit, gebessert und wenn der Fall auch schliesslich zum Exitus führte, so war er doch durch die Inhalationen sehr viel leichter geworden.

MACKENZIE-JOHNSTON.

129) **Josias. Zur Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphthérie.)** *Soc. de therap. 27. April 1892.*

Der Verf. empfiehlt das Sulforicinphenol, das 20 pCt. Carbolsäure enthält. Die Pinselungen werden 5 oder 6mal in 24 Stunden wiederholt.

J. BARATOUX.

130) **Hallopeau. Behandlung der Diphtherie mit Sulforicinphenol. (Traitement de la diphthérie par le phenol sulforicine.)** *Soc. de therap. 11. Mai 1892.*

Eine Anerkennung der von Dr. Josias angegebenen Behandlungsmethode.

J. BARATOUX.

131) **A. Neumann. Zur Behandlung der Diphtherie.** *Berliner Klinik. 1892. Juni.*

Bericht über 3611 in den Jahren 1880—91/92 im städtischen allgemeinen Krankhause Friedrichshain zu Berlin behandelte Diphtheriepatienten.

A. ROSENBERG.

132) **Schilling** (Querfurt). **Behandlung der Diphtherie.** *Der ärztl. Prakt. 1892. No. 17.*

Priessnitz'sche Umschläge, Gurgelung mit 3procentiger Borsäurelösung, innerlich Kali chloric. bei leichteren Fällen, bei schwereren: heisse Breiumschläge, Eispillen, Kali chlor. Bei eintretender Kehlkopfstenose Inhalation von 5procentigem Acid. lactic.

A. ROSENBERG.

133) **Rehn. Die örtliche Behandlung der Rachendiphtherie mit Liquor ferri sesquichlorati und ihre Erfolge.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1892. No. 31.*

R. empfiehlt Pinselungen mit Liqu. ferri sesquichl., zuerst rein, nachher mit Aqua ana. 2mal täglich. Dauer 6—8 Tage wenn frische Fälle.

LANDGRAF.

134) **Hagedorn** (Hamburg). **Die galvanokaustische Behandlung der Rachendiphtherie.** *Der ärztl. Praktiker. 1892. No. 6.*

Er glüht möglichst frühzeitig den Geschwürsgrund vollkommen rein aus und kauterisirt in einem Umkreise von 1 cm die umgebende Schleimhaut mit dem Flachbrenner und behandelt mit Jodoform- oder Jodoleinblasungen nach. Von 44 Patienten starben 3,5 pCt.; Heilungsdauer 3—4$^{1}/_{2}$ Tage (!).

A. ROSENBERG.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

135) Réthi (Wien). **Der Schlingact und seine Beziehungen zum Kehlkopfe.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 16, 17, 18 und 19.*

An Kaninchen und Hunden wurde das Verhalten des Kehldeckels, der Aryknorpel und des unteren Rachenabschnittes während des Schlingactes untersucht, die Bewegungen und Druckverhältnisse vor und nach Durchschneidung der Nerven graphisch aufgenommen, der ursächliche Zusammenhang zwischen Mediusdurchschneidung und Schluckpneumonie geprüft und die physiologische Bedeutung des retropharyngealen Zellgewebes näher beleuchtet. R. bespricht zuerst:

1. Das Verhalten des Kehldeckels während des Schlingactes. Nach Erörterung der bisher vorliegenden Untersuchungen betont R., dass es hauptder Zungengrund ist, welcher die Epiglottis auf den Kehlkopfeingang herabdrückt, weniger die Mm. depressores epiglottidis. Er fand das sowohl an Thieren als auch an Menschen.

2. Verhalten der Aryknorpel und des unteren Rachenabschnittes während des Schlingactes. Nach Reizung des Nerv. lar. super. wird ein Schlingact ausgelöst und dabei contrahirt sich der M. crico-thyreoideus, die Stimmbänder werden genähert, die Aryknorpelspitzen nach vorn gedrängt und die hintere Rachenwand beiderseits nach hinten ausgebuchtet. Nach Durchschneidung des Nerv. lar. med. buchtete sich nur die hintere Rachenwand oberhalb der Spitzen der Aryknorpel aus (Defect in der Thätigkeit des M. stylopharyngeus, der also in seinem unteren Theile vom Nerv. lar. med. versorgt wird). Zuletzt folgte Contraction des M. constrictor pharyngis med. und inferior. Der obere Theil des M. stylopharyngeus wird vom Nervus stylopharyngeus versorgt.

3. Druckverhältnisse im Kehlkopfe, in der Luftröhre und dem unteren Rachenabschnitte während des Schlingactes. R. tracheotomirte und führte dann ein Glasröhrchen in die Luftröhre bis unter die Stimmbänder. Das Glasröhrchen stand mit der Marey'schen Schreibkapsel in Verbindung. Beim Leerschlucken, durch Reizung des Nerv. lar. sup. veranlasst, trat zuerst ein kurzes Sinken und gleich darauf ein Steigen des Luftdruckes in der Trachea auf; ebenso wenn das Röhrchen bis in den unteren Rachentheil geschoben wurde. Der negative Vorschlag fällt aus bei Durchschneidung des Nerv. lar. medius, der eben die Erweiterung des unteren Rachenabschnittes bedingt, aber nur im Anfange des Schlingactes.

4. Schluckpneumonie als Folge der Durchschneidung des Nervus laryngeus medius. R. führt diese Thatsache auf Lähmung des M. stylopharyngeus zurück, da dieser Muskel die Excavation des unteren Antheiles des Rachens bewirkt und so den Bissen ansaugt.

5. Das retropharyngeale Zellgewebe und sein Verhalten während des Schlingactes. Dieses lockere Zellgewebe gestattet ausgiebige Bewegungen der hinteren Rachenwand.

Dies die Ergebnisse der in Prof. S. Exner's Laboratorium vorgenommenen Untersuchungen.

CHIARI.

136) **Clarence C. Rice. Die störenden Symptome bei Vergrösserungen der Epiglottis und die Rathsamkeit einer Beschränkung der Grösse dieses Knorpels durch operative Massnahmen. (The troublesome symptoms caused by enlargements of the epiglottis and the advisability of reducing the size of this cartilage by operative measures.)** *N. Y. Med. Journ. 9. April 1892.*

Solche störenden Symptome, wie das Gefühl von Völle im Hals, Kitzel, Ermüden der Stimme, schwere Hustenanfälle, Erbrechen und Glottiskrämpfe, sind in manchen Fällen durch eine Vergrösserung, Congestion und Reizbarkeit der Epiglottis bedingt. In den meisten Fällen ist dieser Zustand der Epiglottis durch einen hypertrophischen Process der Zungentonsille bedingt und die Beseitigung dieser führt zur Besserung. Allein in ein paar Fällen ist die Epiglottis so gross geworden, dass sie gegen die seitliche und die hintere Rachenwand reibt. Und wenn keine Medication sie zu reduciren vermag, dann kann es nöthig werden, einen kleinen Theil vom Rande der Epiglottis abzutragen, um stärkere Reizung durch die Reibung zu vermeiden.

LEFFERTS.

137) **Max Thorner. Ein Fall von Atrophie eines Kehlkopftumors bei einem Kinde. (Un cas d'atrophie d'une tumeur laryngée chez un enfant.)** *Arch. internat. de laryngol. et de rhinolog. Mai-Juni 1892. No. 3.*

Es handelt sich um ein kleines Mädchen von $3^1/_2$ Jahren, das an dem linken Stimmband, in der Mitte desselben, einen dreieckigen weisslichen Tumor von Erbsengrösse hatte. Drei Jahre nachher sah der Verf. die kleine Pat. wieder und constatirte an der Stelle des Tumors nur eine leichte spindelförmige Verdickung des Stimmbandes. Ein Jahr zuvor hatte das Kind an Keuchhusten gelitten und seine Stimme war ganz klar geworden.

E. J. MOURE.

138) **M. Hohlbeck** (Tiflis). **Lipoma multiplex arborescens aditus ad laryngem.** *Protoc kawkas med. obtset. 1892. No. 15.*

Bei einem 61 Jahre alten Manne, der seit 10 Jahren, besonders aber in der letzten Zeit, an Athemnoth litt, fanden sich am Kehlkopfeingang mehrere mit Schleimhaut überzogene Tumoren. Rechts sass ein Tumor von der Grösse eines kleinen Hühnereies breit auf auf der Vallecula glossoepiglottica. Nach hinten von diesem sieht man eine zweite Geschwulst von der Form und Grösse eines Zeigefingers, entsprechend der Lage der aryepiglottischen Falte. Das hintere Ende dieses Tumors bedeckt zum Theil die Stimmritze. Links, in der Richtung des Lig. glosso-epiglott. lateral. und der Plica pharyngo-epiglott. eine ganze Gruppe von Geschwülsten, von der Grösse einer Haselnuss bis zu der einer Erbse. Nach vorhergegangener Tracheotomie wurden Fäden durch das Lig. glosso-epiglott. med. in die Schleimhaut des zunächstliegenden Tumors gezogen und an diesen die ganze Geschwulstmasse etwas nach vorn gezogen. Um besser anzukommen, wurde die rechte Wange vom Mundwinkel bis zum Masseter durch-

schnitten. Darauf gelang es, die einzelnen Geschwülste nach Spaltung der Schleimhaut mit einer Scheere herauszuschälen. Die Geschwülste erwiesen sich als Lipome, die mit einer verdickten Schleimhaut bedeckt waren. LUNIN.

139) **Donald Stewart. Kehlkopfpapillom. (Laryngeal papilloma.)** *Brit. Med. Journ. 2. Januar 1892.*

Der in der Nottingham Medico-Chirurg. Society vorgestellte Patient war wegen einer kleinen subglottischen Geschwulst mittelst der Zange operirt worden; nähere Angaben fehlen. MACKENZIE-JOHNSTON.

140) **Simpson** (Manchester). **Papillom des Kehlkopfs. (Papilloma of the larynx.)** *Brit. Med. Journ. 7. Mai 1892.*

Demonstration des Präparates in der Clinical Society of Manchester.

MACKENZIE-JOHNSTON.

141) **H. H. Curtis. Vier Fälle von Kehlkopftumoren, die mit Erfolg operativ behandelt wurden. (4 cases of tumors of the larynx, successfully treated by operation.)** *International Journal of Surgery. Februar 1892.*

Es handelte sich in allen Fällen um Papillome. Im ersten Falle ist von Interesse das Recidiviren der Geschwulst an genau derselben Stelle 9 Jahre nach der Exstirpation und der scheinbaren Heilung. Der 4. Fall ist interessant, weil er den berühmten Tenor Campanini betrifft. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

142) **Lichtwitz. Exstirpation multipler Papillome des Kehlkopfs beim Kinde durch die natürlichen Wege mittelst einer neuen Methode: Intubation mit gefensterter Tube. (Extirpation par voie naturelle des papillomes multiples du larynx chez l'enfant à l'aide d'une nouvelle methode, l'intubation avec tube fenêtré.)** *Annales d. mal. du larynx et de l'oreille. Mai 1892. Gazette hebdom. d. scienc. med. No. 13. 27. März. 1892. Deutsche med. Wochenschrift. 1892. No. 20.*

Der Verf. beschreibt das Instrument, dessen er sich zur Operation eines Papilloms bei einem Kinde von $5^1/_2$ Jahren bedient hat. Es ist eine von einem Fenster durchbohrte Tube; das Fenster liegt genau in der Höhe des Tumors, so dass derselbe in das Innere der Tube eingeklemmt wird. E. J. MOURE.

143) **P. H. Mules** (Altrincham). **Thyrotomie im Kindesalter zur Entfernung laryngealer Geschwülste. (Thyrotomy in childhood for the removal of laryngeal growths.)** *Brit. Med. Journ. 27. Februar 1892.*

Nach Verf.'s Ansicht soll man Geschwülste, die durch intralaryngeale Methoden entfernt werden können, niemals einer extralaryngealen Operation unterwerfen. Wo eine solche aber erforderlich ist, da giebt Verf. einer vorübergehenden Tracheotomie und der Tamponade des oberen Theiles des Halses mit feinen Schwämmchen den Vorzug vor der Anwendung einer Trendelenburg'schen Canüle. Verf. schildert den Weg einer Operation, die er bei einem 4jährigen Kinde vorgenommen hat. MACKENZIE-JOHNSTON.

144) **Walker Downie** (Glasgow). **Drei Fälle von Laryngotomie. (Three cases of Laryngotomy.)** *Glasgow Med. Journ. März 1892.*

Verf. schildert die Fälle nur ganz kurz; im ersten wurde die Operation wegen eines breiten Papilloms, im zweiten wegen multipler Papillome ausgeführt und im dritten Falle handelte es sich um die Exstirpation von stenosirendem Gewebe. D. durchschneidet, um Platz zu gewinnen, nicht nur den Schildknorpel, sondern auch den Ringknorpel und die oberen Trachealringe. P. MC BRIDE.

145) **R. H. Woods. Intralaryngeale Geschwulst. (Intralaryngeal growth.)** *Brit. Med. Journ. 25. Juni 1892.*

Der Pat. wurde in der Academy of medicine in Irland vorgestellt, derselbe hatte in dem subglottischen Raum eine polypöse Geschwulst gehabt, die nach der Tracheotomie verschwunden war. MACKENZIE-JOHNSTON.

146) **F. C. Raynor. Ein Fall von laryngealer Geschwulst. (A case of laryngeal growth.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 30. April 1892.*

Pat. war ein Mädchen von 12 Jahren; es wurde die Tracheotomie gemacht und später die Thyrotomie. Zwei Monate darauf recidivirten die Symptome und es wurde die Intubation vorgenommen. Schliesslich ging die Pat. in einem Anfall von Dyspnoe zu Grunde, nachdem die Lungen noch in Mitleidenschaft gezogen waren.

Die Geschwulst hatte das Aussehen eines typischen Papilloms, von pathologischer Seite wurde sie jedoch als zur Classe der Polypen (? Red.) gehörig angesprochen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

147) **H. Foster. Kehlkopftumoren. (Tumors of the larynx.)** *Memphis Medical Monthly. Juni 1892.*

Krankengeschichte zweier Fälle; nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

148) **Edwin Carson. Entfernung einer Stimmbandgeschwulst. (Tumor of vocal cord; removal.)** *N. Y. Med. Record. 27. Februar 1892.*

Nichts von Bedeutung. LEFFERTS.

149) **P. Mc Bride** (Edinburgh). **Cysten in Mandeln, Nase, Kehlkopf und Ohr. (Cysts of the tonsil, nose, larxnx and ear.)** *Brit. Med. Journal. 14. Mai 1892.*

In der interessanten Arbeit stellt der Verf. seine eigenen Beobachtungen auf diesem Gebiete zusammen und macht darauf aufmerksam, wie häufig in unseren Lehrbüchern jeder Hinweis auf diesen Gegenstand fehlt.

Verf. berichtet über zwei Fälle von Retentionscysten in den Mandeln, beide Fälle betrafen weibliche Individuen. Ein gelblich-weisser Hof von beträchtlicher Grösse, auf demselben kleine Gefässverästelungen. Auf Incision entleerten sich etwa 4 ccm eines crêmeartigen geruch- und geschmacklosen Eiters.

In der Nase kennt Verf. zwei Arten von Cysten. Die einen sind als weiche Schwellung unter der unteren Nasenmuschel sichtbar. Fluctuation kann man sich fühlbar machen, wenn man einen Finger hinter der Lippe nach oben führt,

während man mit einem anderen Finger seitlich auf die Nasenfläche drückt. Die zweite Art von Cysten wird charakterisirt durch die Gegenwart einer lufthaltigen Höhle in der mittleren Nasenmuschel, welche dadurch so vergrössert ist, dass es zu nasaler Verstopfung kommt.

Verf. erwähnt ferner einen Fall von cystischer Geschwulst im Kehlkopf einer 74jährigen Frau mit Aphonie; der Tumor wurde mit Erfolg entfernt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

150) **O. Chiari** (Wien). **Demonstration von Serienschnitten und Mikrophotographien eines Varixknötchens am freien Rande des Stimmbandes.** Gesellschaft d. Aerzte 6. Mai 1892. — *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 21.*

Das zufällig im Kehlkopfe einer Leiche gefundene 1 mm dicke Knötchen bestand aus einem Gefässknäuel, etwas lockerem Bindegewebe und dem verdickten Epithel. Der Gefässknäuel von circa $1/2$ mm Durchmesser zeigte dünnwandige eng aneinander liegende, aber meist scharf von einander gesonderte Gefässe mit einem Lumen bis zu 0,23 mm. Am Anfange und Ende des Knäuels fand sich nur ein Gefäss, in den Zwischenschnitten aber 2—5 Lumina. Billroth hält das Object eher für einen Tumor cavernosus, da Varices im Kehlkopf doch schwer zur Entwickelung kämen, besonders an so kleinen Venen. Auch die Entstehung von Tumores cavernosi durch Aneinanderlagerung geschlängelter Venen bezweifle er.

Chiari erwidert darauf, dass er sich den Knäuel durch Schlängelung und Erweiterung eines Gefässes entstanden denke, da man an vielen Stellen die Wandungen der Gefässlumina deutlich von einander getrennt sehe, was doch bei einem Tumor cavernosus nicht vorkomme. Billroth möchte doch bei seiner Ansicht bleiben, dass ein Tumor cavernosus vorliege, und führt dazu die oben erwähnten Gründe an. (Ausführliche Mittheilung folgt.) CHIARI.

151) **M. Thorner. Benigne Kehlkopfgeschwülste. (Benign tumors of the larynx.)** *Lancet-Clinic. 13. Februar 1892.*

Th. berichtet über 7 Fälle, er hält die Umbildung einer benignen in eine maligne Geschwulst, wenn überhaupt für vorkommend, so doch für ausserordentlich selten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

152) **J. Scheinmann. Subglottisches Sarcom des Larynx, intralaryngeal operirt und geheilt.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 21.*

66jähr. Herr, seit mehreren Monaten zunehmende Heiserkeit. Unterhalb des linken Stimmbandes findet sich in der Gegend des Proc. voc. eine graugelbliche Geschwulst; dieselbe sieht glatt aus, sitzt breitbasig der unteren Stimmbandfläche auf und erstreckt sich 2 cm abwärts. Keine Bewegungsbeschränkung des linken Stimmbandes. Consistenz des Tumors weich. Mikroskopisch: mässige Verdickung des Epithels, hochgradige Rundzellenwucherung. Dieselbe ist nicht gleichmässig, sondern besonders stark an einer Stelle in Form eines längsovalen Gebildes. In der Tiefe spärliches Bindegewebe. Starke Vascularisation.

Intralaryngeale Exstirpation mit Nachbehandlung mit Pyoktanin. Recidiv nach 6 Wochen. Wieder Exstirpation. Heilung seit $1^1/_2$ Jahren. Weder die

klinische Schilderung noch die mikroskopische Untersuchung können die Zweifel des Ref. an der Diagnose beseitigen. LANDGRAF.

153) **J. Solis-Cohen. Ein Fall von Laryngectomie. (A case of laryngectomy.)** *Phil. Med. News. 9. April 1892.*

Verf. exstirpirte den ganzen Kehlkopf und den ersten Trachealring bei einem 45jährigen Manne; die Epiglottis blieb stehen. Es handelte sich um ein sehr ausgedehntes, nach aussen durchbrechendes Sarcom des Kehlkopfs. Es war prophylactisch die Tracheotomie gemacht worden, dann wurde zuerst die äussere Geschwulst mit ihren Hautdecken in grossem Umkreis abgetragen und schliesslich der Larynx gespalten und der intralaryngeale Theil der Geschwulst ausgeschält. Als ein Recidiv sich bildete, wurde die Laryngectomie gemacht, die einzige Operation, die effectiv eine Entfernung der Geschwulst verbürgt.

Die Operation gestaltete sich schwierig. Es wurde eine Tamponcanüle eingeführt und die Trachea darüber mit Gaze austamponirt. Durch die Wunde wurde eine weiche Magensonde eingeführt, die Wundränder wurden locker vernäht, ohne irgend einen Verband im Pharynx, da C. beobachtet hat, dass ein Verbandstück im Pharynx einen fortwährenden, den Patienten stark belästigenden Schluckreiz hervorruft. Der Pat. wurde so im Bette gelagert, dass der Kopf tiefer stand, als die Schultern, so dass die Drainage durch den Mund gesichert war.

Die Tamponcanüle wurde aus der Luftröhre entfernt am 3. Tage nach der Operation und an ihre Stelle kam eine gewöhnliche Doppelcanüle. Am 4. Tage vermochte Pat. etwas Milch zu schlucken, so dass die Magensonde in Fortfall kommen konnte. Der weitere Verlauf war recht zufriedenstellend.

LEFFERTS.

154) **Morris J. Asch. Ein Fall von internem Epitheliom des Kehlkopfs. (A case of intrinsic epithelioma of the larynx.)** *N. Y. Med. Journal. 27. Februar 1892.*

A. erzählt ausführlich die Krankengeschichte seines Falles, der in mancherlei Hinsicht ein besonderes Interesse bietet. Erstens wegen des so lange Zeit vorhandenen Mangels aller positiven Zeichen maligner Erkrankung. Zweitens aber wegen der durch die besondere Art der Reizung hervorgerufenen Krampfanfälle, die schliesslich zum Exitus führten.

Der erstgenannte Punkt findet seine Erklärung darin, dass es sich um ein wahres Epitheliom handelte, welches naturgemäss nur langsam wuchs. Die Ursache der Dyspnoeanfälle dagegen ist dunkel, man müsste diese denn einer in das Luftrohr hineinragenden globulären Masse zur Last legen, wie ja wohl Asthma bisweilen durch ähnliche Wucherungen in den oberen Luftwegen bedingt ist. Der letale Ausgang war wahrscheinlich direct auf die bestehende Herzschwäche infolge von Grippe zurückzuführen. LEFFERTS.

155) **Hellge** (Hirschberg). **Ein seltener Fall von Cylinderepitheliom an der Cartilago cricoidea.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1891.

Bericht über die Untersuchung eines dem pathologischen Institut in Würz-

burg übersandten Präparates. Eine Geschwulst nimmt die Gegend der Ringknorpelplatte ein, hat an dieser Stelle die grösste Mächtigkeit und erstreckt sich von der Basis der Giessbeckenknorpel nach abwärts bis zum Lig. crico-tracheale. Das Neoplasma hat gleichmässig die Schleimhaut hervorgewölbt, nirgends ein Zerfall nachweisbar. Die Geschwulst hat den grössten Theil des Ringknorpels durchsetzt. Bei der histologischen Untersuchung erwies sich die Neubildung als ein Cylinderepitheliom.

SEIFERT.

156) **X. Carcinom des Kehlkopfs. (Carcinom of the larynx.)** *Lancet. 2. Jan. 1892.*

Die Notiz bespricht den von Lichtwitz publicirten (Annales du l'oreille et du larynx) Fall von Carcinom des Stimmbandes, in dem von diesem die Operation vorgenommen wurde. Die Symptome des Falles waren keine recht ausgesprochenen und die Diagnose gründete sich mehr auf den klinischen Verlauf des Falles; die mikroskopische Untersuchung nach der Operation bestätigte jedoch die Diagnose.

MACKENZIE-JOHNSTON.

157) **Gottstein. Ueber die Diagnose und Behandlung des Kehlkopfkrebses.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 19.*

G. will zunächst das laryngoskopische Bild, dann die mikroskopische Untersuchung der entfernten Geschwulstfragmente und dann die begleitenden Umstände in ihrer Bedeutung für die Diagnose besprechen.

ad 1. In vorgeschrittenen Fällen ist das laryngoskopische Bild so charakteristisch, dass die Diagnose nicht zweifelhaft sein kann. Halbkugelige, grobhöckerige, warzenartige Gebilde von verschiedener Grösse und Höhe auf grösseren oder kleineren durch Infiltration mehr oder minder verdickten Kehlkopfabschnitten lassen keine andere Deutung zu. Bei geschwürigem Zerfall ist eine Verwechselung hauptsächlich mit Syphilis möglich. Indess die höckerige Basis, die starren wulstigen Ränder deuten auf Genese aus einer Neubildung.

Abweichungen kommen vor, insofern einmal die Infiltration schwach entwickelt sein oder auch ganz fehlen kann, andererseits die Infiltration das Bild völlig beherrschen kann. Das erstere ist selten. G. hat nie einen solchen Fall gesehen. Das zweite kommt öfter vor. Eine carcinomatöse Infiltration kann Jahre lang bestehen, ehe es zur Bildung eines Tumors kommt. Ein diese Behauptung illustrirender Fall wird berichtet. Unter diesen Umständen ist die Diagnose schwer. Das von Semon als pathognostisch hervorgehobene Symptom der verminderten Bewegungsfähigkeit des carcinösen Stimmbandes ist nicht zu verwerthen, einmal, weil es oft fehlt, andererseits, weil es bei Infiltrationen anderen Charakters (Tuberculose, Syphilis) vorhanden sein kann (Ref.?). Die Diagnose ist nur per exclusionem zu stellen.

ad 2. Nur der positive Nachweis carcinomatöser Elemente sichert die Diagnose, der negative Befund ist garnicht oder nur mit Vorsicht zu verwerthen. Das zu untersuchende Stück muss der Basis der Geschwulst entstammen.

ad 3. Die begleitenden Symptome sind unzuverlässig. Die Semon'sche

Behauptung, dass Stimmbandkrebse ein grösseres Maass von Heiserkeit bedingen, als andere ebenso situirte gutartige Neubildungen, trifft nicht zu. (Vgl. hierzu den Briefkasten dieser Nummer.)

Was die Behandlung anlangt, so plaidirt G. für eine möglichst frühe und möglichst radicale Operation. Für die von B. Fränkel in geeigneten Fällen empfohlene endolaryngeale Operation will G. sich nur entschliessen bei circumscripten Tumoren mit normaler Umgebung. Hoher Grad des Marasmus, grosse Ausdehnung auf die benachbarten Theile, putride Bronchitis contraindiciren die Operation, Schwellungen der Lymphdrüsen nicht. LANDGRAF.

158) **R. Köhler. Casuistischer Beitrag zum Capitel der Laryngofissur.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 8.*

K. machte bei einem Carcinomkranken trotz doppelseitiger Erkrankung die Laryngofissur mit Herausschneiden der erkrankten Theile. Nach $4^3/_4$ Monaten günstige Nachrichten über den auswärts befindlichen Kranken. LANDGRAF.

159) **Hochenegg** (Wien). **Totale Kehlkopfexstirpation und Resection des Oesophagus wegen Carcinoma laryngis. Oesophagoplastik. Ein neuer Sprechapparat.** *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 8.*

Ausführlicher Bericht über den schon in der Gesellschaft der Aerzte demonstrirten Fall vom 30. Oct. 1891, v. W. klin. Wochenschr., 1891, No. 45. Da der Fall schon referirt ist, will ich nur erwähnen, dass H. sich gegen Störk dahin ausspricht, dass sein Sprechapparat sich von dem Störk'schen wesentlich unterscheide, und zwar durch den mit dem Arm betriebenen Blasebalg und durch die in das Cavum pharyngo-orale durch die Nase geleitete Lautpfeife. CHIARI.

160) **Copanotto. Vorstellung eines Patienten nach vollständiger Kehlkopfexstirpation wegen Carcinoms. (Presentazione di un operato di esportazione completa della laringe per carcinoma.)** R. Ac. Med. de Turin. — *Gazzetta Medica. 21. Januar 1892.*

Eine 57jährige Frau, vor 3 Jahren operirt, die so glücklich Operirte lebt ohne jede Störung ihres Befindens. CARDONE.

161) **J. Wolff. Totale Exstirpation des Kehlkopfs.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 3. Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 6.*

Wegen Kehlkopfcarcinoms wurde am 8. Octbr. 1891 bei herabhängendem Kopf unter methodischer Compression etwa blutender Gefässe einem 41jährigen Manne der Kehlkopf exstirpirt und der Kranke nach Tamponade der Wunde mit dem Kopf nach abwärts gelagert. Am 27. Decbr. konnte ein künstlicher Kehlkopf eingelegt werden. Vorstellung am 13. Januar 1892. LANDGRAF.

162) **J. Wolff. Ueber einen Fall von totaler Kehlkopfexstirpation.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 21.*

W. machte wegen Carcinoms, welches sich in 2 Jahren bei einem 41jähr. Manne entwickelt hatte, und durch starke Wucherung das Innere des Kehlkopfs fast ganz verlegt hatte, trotz weit vorgeschrittener Abmagerung des Kranken, die Totalexstirpation des Larynx in Rose'scher Lage, unter Beherrschung der

Blutung durch methodische Compression und mit Tieflagerung des Kopfes nach Bardenheuer's Vorschlag während der Nachbehandlung. Reactionsloser Verlauf. Nach 7 Monaten recidivfrei. Spricht mit künstlichem Kehlkopf laut und verständlich.

LANDGRAF.

163) **J. Wolff. Ueber Verbesserungen am künstlichen Kehlkopf, nebst Vorstellung eines Falles von totaler Kehlkopfexstirpation.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1892. No. 33.*

Einem 41jähr. Pat. hat W. wegen Cancroids October 1891 den Kehlkopf total exstirpirt und ihm im December den Bruns'schen Kehlkopf eingelegt. Beim Sprechen drang Schleim und Speichel in die Phonationscanüle, auch kam zu wenig Luft in den Apparat; Stimme monoton.

Es gelang W., einen Apparat zu construiren, der diese Uebelstände vermeidet. Die Beschreibung ist im Original nachzulesen.

LANDGRAF.

164) **X. Exstirpation des Kehlkopfs. (Exstirpation of the larynx.)** *Lancet. 18. Juni 1892.*

Die betreffende Notiz bezieht sich auf einen von Prof. Wolff auf dem Chirurgen-Congress in Berlin vorgestellten Fall von glücklicher Exstirpation des Kehlkopfs.

MACKENZIE JOHNSTON.

165) **Baumgarten** (Pest). **Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes.** *Orvosi Hetilap. 1891. No. 52. Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 7. Pester med. chir. Presse. 1892. No. 10.*

Die 3 Fälle sind sehr bemerkenswerth:

1. Ein Fremdkörper verletzte das linke Stimmband und den Aryknorpel, rief Entzündung an letzterem und am Ringknorpel hervor. Ausheilung nach Abstossung des Processus vocalis mit Schlaffheit des Stimmbandes.

2. Idiopathische Perichondritis der linken Hälfte des Kehlkopfes (Ring- und Aryknorpel) heilt nach 5 Wochen nach partieller Necrose aus, worauf nach und nach derselbe Process rechts beginnt und ebenso ausheilt.

3. Idiopathische Perichondritis und Chondritis beider Schildknorpelplatten, die zur fast völligen Ausstossung derselben führt. Partielle Perichondritis des Ringknorpels. Völlige Heilung mit Ersatz der Schildknorpelplatten; doch war der vordere Ansatz der Stimmbandmuskeln verloren gegangen.

CHIARI.

166) **L. Grünwald. Ueber primäre Entzündungen im und am Cricoarytaenoidal-Gelenk.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 20.*

Gr. gründet die Diagnose obiger Erkrankung, an deren Vorkommen der Ref. nie gezweifelt hat, auf folgendem Symptomencomplex:

1. eigenthümliches unbehagliches Gefühl, besonders beim Schlucken auf einer oder beiden Halsseiten, welches bald an den Kiefelwinkel, bald aufs Zungenbein oder die Mandeln verlegt wurde und
2. durch Druck auf die Gegend des Cricoarytaenoidalgelenks der entsprechenden Seite ausgelöst werden konnte, wobei

3. immer eine leichte, meistens nur fühl-, mitunter aber auch hörbare Crepitation, und zwar nur an dieser Stelle entstand.
4. Verstärkung resp. erst Auftreten dieses unangenehmen Gefühls in der Rückenlage, besonders aber bei gleichzeitigem Schlucken.
5. Einwärtsbewegung des betreffenden Aryknorpels bei Druck auf die bekannte Stelle von aussen.
6. Circumscripte Empfindlichkeit der Gelenkgegend bei Berührung mit der Sonde vom Oesophagus her.

Die Affection entstand nach Erkältungen und recidivirte leicht nach neuen Schädlichkeiten. Diese reine Form fand Gr. 5 mal. Ausserdem sah er sie complicirt mit einer perichondralen Reizung, ferner Fälle mit rudimentärer Symptomenbildung, acute Periarthritis und chronische Folgezustände.

Ref. hält die Trennung der von Gr. als rein bezeichneten Form von der mit perichondritischen Reizung complicirten für gekünstelt, bei keiner Gelenkentzündung, und gewiss nicht bei den rheumatischen, handelt es sich nur um die Synovialmembran; er gesteht auch, dass ihm die Crepitation in ihrer Entstehung nicht klar ist.

LANDGRAF.

167) **Scheier. Ueber Kehlkopffracturen.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 17. Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 12.*

Sch. berichtet über einen Fall. Die Fractur war entstanden durch den Stoss eines Pferdes beim Beschlagen desselben. Schild- und Ringknorpel gebrochen. Tracheotomie. Heilung nach Bougirung und Intubation.

In der Discussion erwähnt Schüller eines von ihm 1879 beobachteten Falles. Bruch des Schildknorpels in der Mittellinie, Abreissung der Schleimhaut des rechten Taschenbandes und Stimmbandes. Tracheotomie. Laryngotomie, Tamponade des Larynx. Heilung nach 17 Tagen mit nur wenig heiserer Stimme.

LANDGRAF.

168) **v. Szoldrski** (Posen). **Ueber die Kehlkopfbrüche.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

Fleissige Arbeit über die Fracturen des Kehlkopfes. Aus der ambulatorischen Klinik von Jurasz wird ein Fall berichtet, in welchem es sich wahrscheinlich um eine Fissur des Schildknorpels handelte, welche durch einen heftigen Stoss (von einer herabfallenden Wagenleiter) gegen die vordere Hals- und Unterkiefergegend entstanden war. 4 Wochen nach der Verletzung kam die Pat. zu Jurasz; man fand bei der laryngoskopischen Untersuchung die Taschenbänder geschwollen, die Stimmbänder geröthet, in der vorderen Commissur war ein etwa 5 mm langer Zapfen sichtbar, der abgetragen wurde und sich als abgelöste Schleimhaut erwies.

SEIFERT.

169) **Moskovitz** (Pest). **Ueber Verwundungen des Kehlkopfs im Allgemeinen.** Gesellschaft der Aerzte in Budapest: Sitzung 16. Januar 1892. — *Pester med. chir. Presse. 1892. No. 4.*

M. bringt keine eigenen Beobachtungen, sondern nur eine Uebersicht über die Art der Verletzungen.

An der Discussion betheiligen sich H. Zwillinger, Weiss, Neumann und Szigeti.

CHIARI.

170) **Dixon Mann. Ausschneidung des eigenen Kehlkopfs. (Self excised larynx.)** *Brit. Med. Journal. 26. März 1892.*

Das Präparat wurde in der Manchester pathologischen Gesellschaft demonstrirt. Die Verstümmelung hatte ein Irrer an sich selbst ausgeführt. Der Tod war etwa $1^1/_2$ Stunden nach der Verletzung erfolgt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

f. Schilddrüse.

171) **J. Lockhart Gibson** (Brisbane). **Die Function der Schilddrüse. (The function of the thyroid gland.)** *Brit. Med. Journ. 14. Mai 1892.*

172) **Victor Horsley. Die Function der Schilddrüse. (The function of the thyroid gland.)** *Brit. Med. Journ. 21. Mai 1892.*

Beide Briefe an den Herausgeber behandeln die vermeintliche Missdeutung der Anschauungen Gibson's über obigen Gegenstand in der Horsley'schen Arbeit.

MACKENZIE JOHNSTON.

173) **W. A. Edwards. Acute Vergrösserung der Schilddrüse durch angioneurotisches Oedem. (Acute enlargement of the thyroid gland; angio-neurotic oedema.)** *Internat. Med. Magazine. April 1892.*

Die Pat., ein junges Mädchen, starb etwa 6 Wochen nach Entwickelung der Erkrankung.

Die Anschwellung der Drüse war so stark und so rapide vor sich gegangen, dass die benachbarten Theile keine Zeit hatten, sich diesem Zustand anzupassen; der Druck auf den Kehlkopf, den oberen Theil der Trachea, die Carotiden und die Venae jugular. internae führte den letalen Ausgang herbei.

E. sucht die Ursache der Schwellung in einer vasomotorischen Neurose im Zusammenhang mit Bright'scher Krankheit.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

174) **Kocher** (Bern). **Strumitiden mit Typhusbacillen.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 16. 1892. S. 522.*

Ein Fall bei einem kurzen und leichten Typhus schon am dritten Tage der Krankheit aufgetreten. Der zweite Fall hatte keinen Typhus (?) überstanden. Er war im Erstickungszustande auf die Klinik gebracht worden. K. bemerkt, dass es nicht selten leichte Typhusfälle gebe, die erst nachträglich durch Auffindung des Typhusbacillus im strumitischen Eiter diagnosticirt werden.

JONQUIÈRE.

175) **Prosser James** (London). **Cystischer Kropf. (Cystic goitre.)** *Lancet. 9. April 1892.*

In einem Briefe theilt J. mit, dass er sich seit langem einer Behandlungsmethode bedient hat, die der in O'Neilly's Arbeit erwähnten sehr ähnlich ist.

MACKENZIE-JOHNSTON.

176) **Nové-Josserand. Cyste der Schilddrüse. (Kyste thyroidien.)** *Lyon méd. No. 18. 1. Mai 1892. p. 21.*

Verf. demonstrirt eine sehr grosse Schilddrüsencyste, die auf der Abtheilung des Prof. Poncet exstirpirt worden ist. Er betont die Möglichkeit, sehr grosse und alte Cysten der Thyroidea zu enucleiren, wenn nicht durch spontane oder therapeutisch geschaffene Entzündungsvorgänge Adhäsionen sich gebildet haben; er hebt weiter hervor, dass eine weite Incision mit Enucleation den Vorzug verdient vor der einfachen Drainage, die in einem Falle, wie dem vorliegenden, die Entfernung der in der Cyste enthaltenen Fremdkörper nicht möglich gemacht und dabei zu Infection und zu unbestimmt langem Fortbestehen einer Fistel Anlass gegeben hätte.

J. BARATOUX.

177) **H. J. Pershing. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit. (Case of exophthalmic goitre.)** *Denver Med. Times. März 1892.*

Nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

178) **Redactionelle Bemerkung. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *N. Y. Med. Record. 30. April 1892.*

Es giebt ein paar Punkte in der neueren Literatur über den Kropf und besonders die mit Exophthalmus einhergehende Form desselben, auf die mit Recht die allgemeine Aufmerksamkeit gelenkt wird, wie dies der vorliegende Artikel auch thut.

In den neueren Schriften auf diesem Gebiete wird wenig Gewicht auf die therapeutische Seite gelegt und bis wir etwas mehr von der Physiologie der Schilddrüse und von der Pathologie der Affectionen, bei denen dieselbe betheiligt ist, wissen, ist auch nur wenig hinsichtlich einer rationellen Therapie zu erwarten.

Indessen verdient doch der Strophantus, den Fergusson als ein wenigstens die Herzsymptome besserndes Mittel empfiehlt, einige Aufmerksamkeit. Ferner rühmt Eloy die Hydrotherapie zur Herabsetzung der nervösen Reizbarkeit und der Tachycardie, sowie die Electricität. Eloy verordnet auch Arsen und Brom abwechselnd und hält die Hygiene des Pat. für sehr wichtig. Vigouroux (Gazette des hopitaux, 1. December 1891) empfiehlt negative Faradisirung der Carotiden, des Kropfes und der Augen und positive der Präcordialgegend. Nach einer 15jährigen Erfahrung über diese Behandlungsmethode an der Salpetrière, wo etwa 100 Fälle so behandelt wurden, sagt V., dass die Besserung fast stets prompt eintritt, und dass die Symptome vollständig verschwinden, wenn die Behandlung genügend lange fortgesetzt wird.

LEFFERTS.

179) **E. Mendel. Zur pathologischen Anatomie des Morb. Basedowii.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 5.*

Bei einem 48jähr. Lehrer, der nach vorübergehender Besserung seines Leidens an einer Pleuritis starb, wurden Hirn, Rückenmark, Sympathicus und Vagus gehärtet und geschnitten. Das Resultat der Untersuchung war in Bezug auf Hirnrinde, Medulla, Hirnganglien, Sympathicus und Vagus absolut negativ; nur zweier-

lei Veränderungen fielen auf: 1. das linke Corpus restiforme war atrophisch; 2. rechts war das solitäre Bündel atrophisch.

Dieser Befund wird wichtig in Berücksichtigung der Experimente von Filehne und Durdufi, welche durch Einschnitte in die Corpora restiformia oder in eines derselben bei Kaninchen die Cardinalsymptome des Morbus Basedowii hervorrufen konnten. Ebenso fand neuerdings Bienfais bei Hunden, dass Entfernung der Corp. restif. Circulationsstörungen (Tachycardie — bisweilen Bradycardie — Hyperämie von Kopf, Ohr und Schilddrüse — in 37 pCt. auch Exophthalmus) hervorrief.

So wenig man auch aus diesem Befunde im Stande ist, die Krankheitserscheinungen — mit Ausnahme vielleicht der Vagussymptome als Folge der Veränderung des solitären Bündels — zu erklären, jedenfalls muss dieser Befund zu Bedenken gegen die herrschenden Theorien über die Krankheit führen, welche dahin gehen, dass der Morbus Basedowii eine Neurose, oder dass er eine Folge der veränderten Thätigkeit der Schilddrüse sei.

Positive Befunde am Centralnervensystem werden, wenn sie öfter gemacht werden, sicher auch zu grösserer Vorsicht in Bezug auf schwere chirurgische Eingriffe mahnen. Ueber die Bemühungen, von der Nase aus dem Krankheitsprocesse Einhalt zu thun, will M. schweigen.

LANDGRAF.

180) **T. Churton** (Leeds). **Die Anwendung von Exalgin bei der Basedow'schen Krankheit und die Vergiftungsdosis des Exalgins. (The use of exalgine in Graves' disease and the poisonous dose of exalgine.)** *Lancet. 28. Mai 1892.*

Das Exalgin brachte einem Pat., der an einer Ulceration der Cornea und an Congestion der Conjunctiva infolge von Exophthalmus bei Basedow'scher Krankheit litt, in ausgesprochener Weise Besserung. Es wurde auch festgestellt, dass der Pat. sehr grosse Dosen von dem Mittel nehmen konnte, ohne dass üble Erscheinungen auftraten.

MACKENZIE-JOHNSTON.

181) **Musehold. Ein Fall von Morb. Basedowii, geheilt durch eine Operation in der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 5.*

45jähr. Plätterin, die mit Eintritt der Menopause im 40. Jahre erkrankte. Musehold entfernte mit der Glühschlinge das hyperplastische hintere Ende der rechten unteren Muschel und erzielte dadurch einen fast völligen Nachlass aller Symptome.

LANDGRAF.

182) **Dreesmann. Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.** *Dtsch. med. Wochenschr. 1892. No. 5.*

Unter Berücksichtigung der bisher in der Literatur niedergelegten Erfahrungen über die operative Behandlung des Morbus Basedowii — Exstirpation resp. Resection der Schilddrüse und Ligatur ihrer Arterien — und nach Beibringung von weiteren 3 glücklich operirten Fällen plädirt Dr. für die operative Behandlung, ausgehend von der Möbius'schen Anschauung, dass die Ursache der Basedow'schen Krankheit in einer krankhaften Thätigkeit der Schilddrüse zu suchen sei. (Cfr. das Referat über die Mendel'sche Arbeit, No. 179.)

LANDGRAF.

183) **Lemke. Weiteres über die chirurgische Behandlung des Morb. Basedowii.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 11.*

In No. 2 der Deutsch. med. Wochenschr., 1891, hat L. eine Arbeit publicirt, welche seinerzeit referirt ist (vergl. Bd. VIII, No. 5, Ref. 151), in der er die partielle Exstirpation der vergrösserten Schilddrüse empfiehlt.

Der jetzige Artikel bringt drei neue Fälle zum Beweis der Wirksamkeit des Verfahrens. LANDGRAF.

184) **Stierlin** (Zürich). **Weitere Beiträge zur Frage der Strumaexstirpation bei Morbus Basedowii.** *Beitr. z. klin. Chir. Bd. VIII. 1892.*

St. theilt drei neue Beobachtungen mit aus der Züricher Klinik, wo bei zweifellosem Morbus Basedowii nach Entfernung des kropfig erkrankten Theiles der Schilddrüse Heilung eingetreten ist. Ein ganz zuverlässiges Heilmittel ist die Operation nicht gegen diese Erkrankung. SEIFERT.

g. Oesophagus.

185) **Cleaver** (Sheffield). **Missbildung des Oesophagus. (Malformation of oesophagus.)** *Brit. Med Journ. 9. April 1892.*

Demonstration des Präparates in der Sheffield Med. Chir. Society; es handelte sich um eine Entwicklungshemmung des Oesophagus, der in einen Blindsack endigte. MACKENZIE-JOHNSTON.

186) **B. Rosenberg** (Moscau). **Oesophagitis dissecans superficialis.** *Med. obosr. 1892. No. 10.*

Ein junger Mann von 20 Jahren, der seit 2 Jahren an Schluckbeschwerden litt, dessen Oesophagus für die Schlundsonde aber stets passirbar war, erbrach nach heftigem Würgen eine schlauchförmige Masse, die gleichsam einen Epithelabguss des Oesophagus bildete.

Die Masse stellte einen aus Epithel bestehenden Schlauch dar von 18 cm Länge und 2 cm Breite, von grauweisser Farbe. Das der Cardia entsprechende Ende ist konisch verengt, das andere Ende erscheint zerfetzt und gestattet einen Einblick in das Lumen des Schlauches. Die Dicke der Wand dieses Schlauches beträgt an den beiden oberen Dritteln 1 mm, am unteren Ende 3 mm.

Die mikroskopische Untersuchung der an verschiedenen Stellen entnommenen Stückchen ergab als Bestandtheile folgende Elemente: 1. Den Hauptbestandtheil bilden anscheinend normale, flache, grosse, meist ovale Epithelzellen mit einem sich gut färbenden Kern. 2. eine feinfibrilläre Masse mit vereinzelt eingelagerten Körperchen, die an geronnenes Fibrin mit eingelagerten Leucocythen erinnert. 3. Theile, die aus verhornten. kernlosen, sich schlecht oder gar nicht färbenden Epithelzellen bestehen. Diese Zellen sind bisweilen concentrisch gelagert und erinnern vollkommen an Cancroidperlen. 4. Kugeln aus angehäuften und gleichsam zusammengeklebten, sich gut färbenden Leucocythen. 5. Endlich Kugeln aus vollkommen lebensfähigen grossen Epithelzellen mit sich gut färbenden Kernen.

Diese verschiedenen Gebilde aus der Wand des Epithelschlauches betheiligen sich nicht in gleichem Maasse an der Bildung des Gewebes. An den dünnen Stellen, also am oberen und mittleren Drittel, besteht das Gewebe zu $^4/_5$ aus mehrschichtigen Epithellagen, zwischen deren Zellen vereinzelte Leucocythen angetroffen werden. Das letzte Fünftel besteht aus feinfibrillären körnigen Massen, wo Leucocythen in grosser Zahl angetroffen wurden. In dieser Schicht finden sich auch die unter No. 5 beschriebenen Kugeln. Diese eben beschriebene fibrilläre Schicht bildet die Aussenseite des Schlauches und liegt unmittelbar der Mucosa des Oesophagus an, während die Epithelschicht die Innenfläche des Schlauches darstellt.

In dem Cardiatheil ist das mikroskopische Bild ein ganz anderes. Hier befinden sich die unter 3. beschriebenen verhornten Epithelzellen, die sich an einigen Stellen gleichsam wie Zapfen in die anliegende Leucocythenschicht einsenken. Da diese Leucocythenschicht der Mucosa anlag, so hat es den Anschein, als ob das Epithel in die Schleimhaut hineinwuchert. An den dicksten Stellen des Epithelschlauches finden sich cancroidperlenähnliche Gebilde. Doch diese unterschieden sich von denselben dadurch, dass die einzelnen Zellen im Centrum sich färbten und einen deutlichen Kern zeigten. Neben diesen Perlen fanden sich an diesen Stellen die oben beschriebenen Leucocythenhaufen.

Das grösste Interesse verdient jedenfalls die fibrilläre Schicht, die zwischen der Mucosa und der Epithelschicht lag. In dieser Schicht befanden sich viele den Cancroidperlen ähnliche Gebilde; da aber nirgends in den Präparaten Theile der Mucosa, Bindegewebe und Gefässe gefunden wurden, wohl aber eine grosse Masse von Leucocythen, so muss hier wohl ein entzündlicher Process in der Mucosa vor sich gegangen sein, wodurch die gesammte Epithelschicht abgestossen wurde. Deshalb schlägt Verf. vor, diesen Fall als Oesophagitis dissecans superficialis zu bezeichnen. Es werden noch 2 Fälle aus der Literatur angeführt, einer von Birch-Hirschfeld, der andere von Reichmann. LUNIN.

187) **R. R. Leeper** (Wicklow). **Entfernung eines grossen Fremdkörpers aus dem Oesophagus. (Large foreign body removed from oesophagus.)** *Brit. Med. Journ. 2. April 1892.*

Bericht über einen Fall, in dem ein grosser metallener Löffel von einem Geisteskranken verschluckt wurde. Der Fremdkörper schien keine Beschwerden zu verursachen, doch fühlte man ihn im Oesophagus stecken; mittelst einer gebogenen Halszange wurde er glücklich entfernt. MACKENZIE-JOHNSTON.

188) **S. Lodge** (Bradford). **Oesophagusstrictur. (Oesophageal stricture.)** *Brit. Med. Journ. 14. Mai 1892.*

Bericht über 2 Fälle (vorgetragen in der Bradford Med. Chirurg. Society) von Oesophagusstrictur, behandelt mittelst Symonds'scher Dauersonden.

MACKENZIE-JOHNSTON.

189) **B. S. Campbell. Acht Fälle von Oesophagusstrictur. (Eight cases of oesophageal stricture.)** *Med. News. 11. Juni 1892.*

C. berichtete in seinem in der Americ. Med. Assoc. gehaltenen Vortrage aus-

führlich über die 8 Fälle, die mittelst des galvanischen Stroms behandelt wurden. Das Resultat war ein zufriedenstellendes, wenn er auch bei organischer Strictur nicht im Stande war, dauernd gute Resultate auf diesem Wege zu erzielen. Die forcirte Dilatation hält er nicht für ein empfehlenswerthes Verfahren, da die Reizung, die dabei entstehen kann, oft mehr Beschwerden schafft als Nutzen. Die Oesophagotomia interna ist sicherer für die Fälle, in denen der Sitz der Strictur genau localisirt ist.

Robert Newman (New York) erwähnt, dass in der Regel die Oesophagusstricturen entweder durch Verschlucken starker Säuren oder Alkalien oder durch maligne Erkrankung bedingt sind. Solche Stricturen seien nach Allem, was er gehört und gesehen, noch niemals durch ein Mittel geheilt worden, ausgenommen die Elektrolyse.

J. D. Griffith (Kansas City) möchte von Campbell gern wissen, ob er die Elektrolyse auch einmal bei Kindern angewendet habe. Er selbst hat ein paar Fälle beobachtet; in einem derselben war die Strictur die Folge des Schluckens von concentrirter Lauge. In diesem Falle war die Operation infolge des Widerstrebens des Pat. ausserordentlich schwierig.

Campbell antwortet, dass er nur einmal eine Strictur bei einem Kinde gesehen hat; in diesem Falle kam die Elektrolyse nicht zur Anwendung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

190) **G. W. Gay. Drei neue Fälle von Oesophagotomie. (3 recent cases of oesophagotomy.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 7. April 1892.*

In 2 Fällen wurde die Operation wegen Fremdkörper unternommen; diese kamen beide zur Heilung. Im dritten Falle handelte es sich um eine carcinomatöse Strictur; nach der Operation wurde eine Symonds'sche Sonde No. 19 eingelegt, die bis zu dem 5 Wochen später erfolgenden Tode liegen blieb. In diesem Falle wurde zweifellos das Leben des Pat. verlängert und ihm viele Leiden erspart.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

191) **Rutherford Morison** (Newcastle). **Ein Fall von Gastrotomie wegen maligner Erkrankung des Oesophagus mit vollständigem Verschluss desselben: der Pat. überlebt 407 Tage. (A case of gastrotomy for malignant disease of the oesophagus causing total obstruction: survival for 407 days.)** *Brit. Med. Journ. 7. Mai 1892.*

Die Ueberschrift sagt genug über den Fall. MACKENZIE-JOHNSTON.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Mikulicz (Breslau) und **Michelson** (Königsberg). **Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle.** Berlin, A. Hirschwald. 1892.

Wir beglückwünschen die Autoren des trefflichen Atlas herzlichst zum Erfolg ihres Unternehmens. Die zwei Bände enthalten nahezu 140 Abbildungen

aus dem Gebiete der Mund- und Halskrankheiten, vom Lippenrande an bis zur Höhe des Larynx nach abwärts und bis zum Nasenrachenraum nach oben zu. Die Lippen, die Innenfläche der Wangen, das Zahnfleisch, die Zunge, die Mandeln, der harte und weiche Gaumen, der Nasopharynx und der Rachen, alle sind Gegenstand der Abbildungen. Fast alle Bilder stammen von Patienten, die von einem der beiden Autoren selbst beobachtet worden sind; und jedem Bild ist ein erschöpfender klinischer Bericht über den Fall beigegeben, wo es nöthig, sind ausserdem noch die wichtigeren histologischen und bakteriologischen Untersuchungsergebnisse aufgeführt. Mit sehr wenigen Ausnahmen sind die Bilder colorirt, und wenn man die Schwierigkeit, wirklich zufriedenstellende Chromo-Lithographien von krankhaften Zuständen zu erhalten, in Rechnung stellt, dann muss man wohl die vorliegenden Tafeln als ausserordentlich gelungen bezeichnen. Natürlich wäre es ein Leichtes, Dies und Jenes an den einzelnen Bildern auszusetzen — z. B. an der Tafel mit dem Lymphangiom (Tafel XXXVI.); allein ein Wunder ist's, nicht dass eine oder zwei Tafeln defect sind, sondern dass so viele so gut sind! Die Abbildungen stellen zum grössten Theile wohlbekannte und recht häufig vorkommende Krankheitsbilder vor; und so muss es nach unserer Ansicht auch sein, denn der Atlas ist für Viele bestimmt und nicht für eine gewisse beschränkte Anzahl von Personen, welche nur seltenen Krankheiten gegenüber nach Auskunft suchen. Aber auch diese Wenigen können in dem Atlas Material genug finden. — Z. B. sind der auf Tafel XXX. abgebildete Fall von acuter papulärer Glossitis und die Abbildung von Moeller's Glossitis superfacialis auch für uns neu, obgleich, wenn wir nicht irren, die Moeller'sche Erkrankung in den letzten 2 Jahren von Michelson wieder beschrieben worden ist.

Wir hoffen, der Atlas wird bei den Collegen die Aufnahme finden, die ihm zukommt. Henry T. Butlin.

III. Briefkasten.

Personalia.

Dr. Max Thorner ist zum Professor der Laryngologie und Otologie am Cincinnati College of Medicine and Surgery erwählt worden.

Dr. G. Juffinger (Wien) ist mit dem Lehrauftrag für Laryngologie an der Universität Innsbruck beauftragt worden.

Die Laryngologie an der Universität Heidelberg.

Nachdem wir leider nur zu oft über die mangelnde Anerkennung der Laryngologie seitens der Unterrichtsbehörden in den verschiedensten Culturländern zu klagen gehabt haben, gereicht es uns heute zur Freude, wiederum von einer Universität berichten zu können, an der nunmehr die Selbstständigkeit unserer Specialität als eine gesicherte Errungenschaft zu betrachten ist.

Aus wohlunterrichteter Quelle geht uns nämlich die Nachricht zu, dass das bisher von Prof. Jurasz ursprünglich ausschliesslich aus eigenen Mitteln erhaltene laryngologische Institut der Universität Heidelberg, welchem erst in den letzten Jahren eine kleine Staatssubvention zu Theil geworden war, nunmehr zu einem Universitätsinstitut mit einer etatsmässigen Subvention von 1000 Mark per Jahr, und einer besoldeten (600 Mark per Jahr) Assistentur geworden ist. Der neuen Klinik werden in Kürze zwei entsprechende Räume im akademischen Krankenhause zur Verfügung gestellt werden. Ein Gehalt für den Leiter ist zwar noch nicht etatsmässig fixirt, doch wird dies naturgemäss nur eine Frage der Zeit bilden können.

Immerhin ist das ganze Factum sehr erfreulich, und schafft bei der Hartnäckigkeit, mit der sich manche Verwaltungsbehörden und Facultäten auch heute noch gegen die Selbstständigkeit der Laryngologie stemmen, einen weiteren, sehr beachtenswerthen Präcedenzfall, der manche Collegen, die an anderen Hochschulen bezüglich dieses Punktes harte Kämpfe durchzuführen haben, zum Ausharren ermuthigen wird.

Dem verdienstvollen Leiter der Heidelberger laryngologischen Klinik, Herrn Prof. Jurasz, aber sei unser herzlicher Glückwunsch dargebracht. Er hat durch den trefflichen Bericht über die Leistungen seines Institus, der vor Kurzem in unseren Spalten besprochen worden ist, bewiesen, wie voll verdient die seinem Institut zu Theil gewordene Auszeichnung ist! —

Zur Diagnose des Kehlkopfcarcinoms.

In der im Referat 157 dieser Nummer besprochenen Arbeit wendet sich mein hochverehrter Freund Gottstein gegen einige meiner Ausführungen, die ursprünglich in diesem Centralblatt publicirt worden sind. Ich halte daher letzteres für die geeignete Stelle zu einigen im Interesse der Sache gethanenen Gegenbemerkungen.

Seit Jahren habe ich wiederholt [1]) auf die Schwerbeweglichkeit des betroffenen Stimmbandes bei Stimmbandkrebs als auf eines der wichtigsten differenzialdiagnostischen Merkmale zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen grossen Werth gelegt und diese Anschauung auch in meinen Ausführungen in der Sammelforschung des Centralblatts aufs Neue bestätigt. Nach Gottstein ist dieses von mir angeblich als „pathognostisch" hervorgehobene Symptom überhaupt (!) nicht zu verwerthen, einerseits weil es oft fehle, andererseits weil es bei Infiltrationen anderen Charakters (Tuberculose, Syphilis) vorhanden sein könne. — Diesem von einem so erfahrenen Beobachter ausgesprochenen abweisenden Urtheil gegenüber halte ich es für meine Pflicht, das genannte Symptom, das nicht nur mir, sondern auch Anderen [2]) in manchen

[1]) Heath's Dictionary of Practical Surgery, vol. I, p. 895; Transactions of the Clinical Society, vol. 20, p. 46; Brit. Med. Journal, 1887, vol. I, p. 1240; Centralblatt, Vol. V, pp. 52, 268 etc.

[2]) U. A. Gerhardt, Stoerk, Landgraf, Hunter, Mackenzie, Butlin.

schweren und verantwortlichen Fällen die wesentlichsten Dienste geleistet hat (man denke nur an den Fall des Hochseligen Kaisers![1]), zu vertheidigen.

Bei allem Respect, den ich für die Meinung meines verehrten Freundes hege, kann ich seine Kritik nicht als auf meinen Satz, — wie ich ihn ausgesprochen habe, — zutreffend gelten lassen. Hätte ich mich jemals zu einer generellen Behauptung verstiegen, wie etwa der, dass die Schwerbeweglichkeit eines infiltrirten Stimmbandes pathognostisch für ein in der Entwicklung begriffenes Carcinom sei, so wäre seine Kritik eine ganz berechtigte. Denn unzweifelhaft können im Verlauf der Tuberculose oder der Syphilis auftretende Infiltrationen die Bewegungen eines Stimmbandes gerade ebenso hemmen, wie ein in der Entwicklung begriffenes Carcinom, und eine Bewegungsstörung dieser Art wäre also für die Differenzialdiagnose zwischen Carcinom, Syphilis und Tuberculose des Kehlkopfs nicht zu verwerthen.

Nun habe ich aber niemals eine Aeusserung dieser Art gethan, sondern im Gegentheil meinen Satz stets so gefasst, dass derselbe nur für diejenigen Fälle in Anwendung kommen soll, in welchen es sich nicht um die Differenzialdiagnose zwischen Tuberculose, Syphilis, gutartigen und bösartigen Neubildungen handelt, sondern in welchen die beiden erstgenannten Affectionen so gut wie gar nicht in Frage kommen und die Frage nur die ist: gutartige oder bösartige Neubildung des Stimmbandes?

Ich bin in der Lage hierfür Beweise beizubringen.

Der Titel des Kapitels in der Sammelforschung, in dem die von Gottstein gerügte Behauptung aufgestellt wird, lautet wörtlich: „Die laryngoskopische Differenzialdiagnose zwischen gutartigen und den frühen Stadien bösartiger Kehlkopfneubildungen." Das ist gewiss unzweideutig.

Der Abschnitt, in welchem der betreffende Satz selbst vorkommt, beginnt mit den Worten: „Es wird im Folgenden nur von denjenigen Formen die Rede sein, in welchen der Stimmbandkrebs in Form eines wohlumschriebenen Tumors (!) auftrat."

Dieser, an sich die fraglichen Fälle schon so eng begrenzenden Definition füge ich dann noch Folgendes hinzu: „Diejenigen Formen, in denen sich der ganze Process in Gestalt einer ursprünglich submucösen Infiltration präsentirt, in welche allmälig alle charakteristischen Theile des Kehlkopfs eingeschmolzen werden, bis die ganze betreffende Kehlkopfhälfte den Anblick eines diffusen Tumors gewährt, unterliegen wohl kaum je der Gefahr einer Verwechslung mit gutartigen Geschwülsten. Ebensowenig ist eine solche Gefahr bei den sich anfänglich in Form einer diffusen Hyperämie darstellenden Stimmbandkrebsen vorhanden. Gegen die Verwechselung solcher mit chronischer Laryngitis schützt in erster Stelle die Einseitigkeit der Hyperämie, welche den erfahrenen Laryngologen von vorn herein an die Wahrscheinlichkeit eines schwereren Grundleidens (Carcinom, Tuberculose, Syphilis) mahnen wird, zweitens die sich nach einiger Zeit hinzugesellende Trägheit in den Bewegungen des kranken Stimmbandes."

Hier scheint mir wiederum in klarster Weise ausgesprochen zu sein, erstens, dass man bei einseitigen Infiltrationen und Hyperämien an alle die genannten schwereren Grundleiden denken muss; zweitens, dass es sich bei der folgenden Besprechung nur um die Differenzialdiagnose zwischen den frühen Stadien der in Form eines wohlumschriebenen Tumors auftretenden Stimmbandkrebses und zwischen gutartigen Neubildungen handelt.

Und von diesen Stimmbandkrebsen sage ich nun wörtlich Folgendes:

„Gewöhnlich um dieselbe Zeit, manchmal später (!), beginnt eine gewisse Trägheit in den Bewegungen des kranken Stimmbands sich zu manifestiren. Noch vollführt dasselbe sowohl die Phonations- wie die Inspirationsexcursionen; bei aufmerksamer Beobachtung wird es aber bereits klar, dass seine Bewegungen nicht

[1]) „Die Krankheit Kaiser Friedrich des Dritten." pp. 5 u. 6.

mit derselben Promptheit sich vollziehen, wie die des Stimmbandes der anderen Seite. Diese Schwerbeweglichkeit, welche ebenso wie die Röthung der Umgebung der Geschwulst einen stetig wenn auch langsam fortschreitenden Charakter trägt, möchte der Herausgeber als das wichtigste Moment der Differenzialdiagnose zwischen einer bösartigen Kehlkopfbildung in diesem Stadium und einer gutartigen (u. A. der Virchowschen Pachydermia verrucosa) bezeichnen." Und zwei Abschnitte vor diesem Paragraphen findet sich noch folgender Satz: „Nach einiger Zeit aber — in manchen Fällen sehr früh, in anderen freilich erst später (!) — gesellen sich zu den bestehenden Zeichen zwei Symptome, welche jedenfalls den Verdacht der Bösartigkeit erwecken müssen: umschriebene Congestion in der Nachbarschaft der kleinen Geschwulst und zunehmende Schwerbeweglichkeit des Stimmbandes, dem sie aufsitzt."

Ich wüsste wirklich nicht, wie ich mich einerseits deutlicher, andererseits präciser hätte ausdrücken können, und es scheint mir, soweit ich in eigener Sache objectiv zu urtheilen im Stande bin, aus den vorstehenden Citaten mit logischer Nothwendigkeit hervorzugehen, dass ich nur von solchen Fällen sprach, in welchen die Differenzialdiagnose zwischen Krebs und gutartigen Geschwülsten, nicht aber zwischen Krebs einerseits und Tuberculose und Syphilis andererseits in Frage kommen kann. Ferner habe ich mich niemals zu der Behauptung verstiegen, dass das Symptom der Schwerbeweglichkeit „pathognostisch" sei, noch dass es „ausnahmslos" oder stets „früh" vorkäme. Alles was ich gesagt habe, ist, dass es jedenfalls, wenn es zu einer frühen Zeit vorhanden sei, den Verdacht der Bösartigkeit erwecken müsse, und dass es das wichtigste Symptom der Differenzialdiagnose zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen in diesem Stadium sei. Dass es in ausnahmsweisen Fällen, namentlich, wenn die noch nichtsichtbare Infiltration des Mutterbodens in der Umgebung des wohlumschriebenen Tumors eine mehr flächenhafte, als in die Tiefe greifende ist, gar nicht oder erst in einem späteren Stadium zur Beobachtung gelangen mag, will ich gewiss nicht bestreiten, und habe dies auch in der Discussion über Gottstein's Vortrag beim letzten internationalen Congress direct gesagt[1]), aber das verringert doch absolut nicht den Werth des Symptoms in denjenigen — meiner Erfahrung nach weit zahlreicheren — Fällen, in denen es vorhanden ist! — Ich wenigstens muss noch heute, nachdem sich meine Erfahrungen seit dem Erscheinen der Ergebnisse der Sammelforschung bedeutend weiter vergrössert haben, auf das Entschiedenste daran festhalten, dass ich für die Differenzialdiagnose zwischen kleinen gutartigen und bösartigen Geschwülsten kein wichtigeres Merkmal kenne, als die Schwerbeweglichkeit des Stimmbandes bei den Fällen bösartiger Natur! — Es ist das nicht eine theoretische Abstraction, sondern, wie ich wiederhole, das Resultat vieler und durch den weiteren Verlauf meiner Fälle bestätigter praktischer Beobachtungen, und ich würde es daher für Unrecht halten, wenn ich nicht dem absprechenden Urtheil meines verehrten Freundes mit aller Entschiedenheit gegenüber träte.

Es würde sehr wünschenswerth sein, dass auch andere vielbeschäftigte Kehlkopfärzte die Resultate ihrer persönlichen Erfahrungen über diesen Punkt bekannt gäben, und stellen wir gern den Briefkasten des Centralblatts für einschlägige Mittheilungen zur Verfügung.

Felix Semon.

[1]) Verhandlungen des 10. Internationalen Medicinischen Congresses. Vol. 4. 1890. Abth. 12. S. 50.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. Berlin, Januar. 1893. No. 7.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **G. Soffiantini. Zur Topographie der Submaxillardrüse. (Sulla topografia della glandola sottomascellare.)** Nach *Gazzetta degli Ospitali. 30. Januar 1892.*

Nicht zugänglich. CARDONE.

2) **Van Campenhaut. Entfernung einer eiternden Talgcyste. (Enlèvement d'une kyste sebacé suppuré.)** *La Clinique. No. 14. 1892.*

Die Cyste befand sich in der Mittellinie der Reg. submax. Enucleation. Sutur und Heilung per primam. BAYER.

3) **Larthioir. Angeborene transparente seröse Cyste der linken Halsgegend. (Un kyste sereux congénital transparent à la région gauche du cou.)** *La Presse Med. Belge. No. 21. 1892.*

Die orangengrosse vom Warzenfortsatz bis zur Clavicula sich erstreckende Cyste intact von Charon exstirpirt, wird von L. in der anatom. pathol. Gesellschaft am 8. Mai 1892 vorgezeigt. BAYER.

4) **Scherer. Zur Lehre von den bösartigen Geschwülsten der Lymphdrüsen. Mittheilungen aus der Tübinger Poliklinik. Leipzig 1892.**

Mittheilung von zwei interessanten Beobachtungen. Ein Fall, 33jähriger Mann: Maligne Lymphome, grosse Geschwülste innerhalb der Brusthöhle, Thrombose verschiedener Venenstämme, Ausbreitung der Geschwülste in die Trachea, den rechten Bronchus, den rechten Vorhof. Ausserdem Geschwulstbildung in den Lymphdrüsen verschiedener Körpergegenden, unter anderen auch am Zungengrund.

2. Fall: 32jähriger Mann. Tuberculöse Lymphome der Drüsen des Halses, der Trachea, Tuberculose der Bronchialdrüsen, der um die Nieren gelegenen Drüsen. SEIFERT.

5) **Strübing. Zur Lehre von der congenitalen medianen Hals- oder Luftröhrenfistel.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 9.*

Str. weist nach, dass es keine congenitale Fistel geben kann, welche im Sinne unserer Lehrbücher von der Mittellinie des Halses aus in die Trachea oder den Kehlkopf münde. Diese mediane Fistel ist eine gewöhnliche laterale, deren äussere Oeffnung in die Mittellinie gerückt ist. LANDGRAF.

6) **Rudolf Arndt. Die Fistula colli congenita mediana zum dritten Male.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 22.*

Polemik gegen einen Artikel von v. Kopanecki und v. Mielecki in Virchow's Archiv. LANDGRAF.

7) **P. M'Bride** (Edinburgh). **Tuberculose der oberen Luftwege. (Tuberculosis of the upper air passages.)** *Brit. med. Journal. 11. Juni 1892.*

In dem vor der Edinburgh Med. Chirurg. Society gehaltenen Vortrage erklärt Verf. den Lupus in den Nasenwegen für weit häufiger, als die Tuberculose; im Kehlkopf liege das Verhältniss gerade umgekehrt. Mackenzie-Johnston und Andere nehmen an der Discussion theil. Genauere Einzelheiten enthält der Bericht nicht. MACKENZIE-JOHNSTON.

8) **Endriss** (Goeppingen). **Die bisherigen Beobachtungen von physiologischen und pathologischen Beziehungen der oberen Luftwege zu den Sexualorganen.** Inaug.-Dissertation. Würzburg 1892.

Auf Anregung von Jurasz hat Verf. es unternommen, die bisherigen Beobachtungen über das oben genannte Thema zu sammeln und übersichtlich an einander zu reihen. In dem ersten Theil, welcher die physiologischen und pathologischen Beziehungen der Mundhöhle zu den Sexualorganen umfasst, bespricht E. die aus der Mundhöhle stattfindenden vicariirenden Menstrualblutungen, die Neuralgien im II. Trigeminusaste kurz vor dem Eintritt der Menstrualblutung, den vicariirenden oder prodromalen Speichelfluss, den Speichelfluss während der Gravidität und die Beziehungen zwischen Gaumenmandeln und den Genitalien. Der II. Theil umfasst die physiologischen und pathologischen Beziehungen der Nasenhöhle zu den Sexualorganen, welche eine grössere Fülle von interessanten Beobachtungen wie der I. Theil liefern und im Allgemeinen mehr bekannt sind. Es handelt sich hier grösstentheils um Fälle von vicariirender Menstrualblutung, um nervösen Schnupfen und um abnorme Functionen der Gehirnnerven. Im III. Theil werden die physiologischen und pathologischen Beziehungen des Kehlkopfes zu den Sexualorganen besprochen. Dem I. und II. Theil sind Krankengeschichten, theils eigener Beobachtung, theils dem Material der Jurasz'schen Klinik entstammend, beigefügt. SEIFERT.

9) **C. v. Noorden. Beiträge zur Pathologie des Asthma bronchiale.** *Zeitschr. f. klin. Med. 1892. XX. 1 und 2.*

N. fand im Sputum von Asthmatikern die Pigment- (Hämosiderin-) Zellen und leitet ihren Ursprung von den im Sputum häufig vorhandenen kleinsten Blut-

spuren her, woraus sich auch ihr wechselndes Auftreten erkläre. Etwa die Hälfte der Pigmentzellen waren Leucocyten; ebenso zahlreich waren die Epithelien; ein kleiner Theil enthielt die eosinophile Körnung, die überwiegende Menge derselben war pigmentfrei. A. ROSENBERG.

10) **Seifert. Ueber Asthma.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 10. 1892.*

Vortrag mit Demonstration in der Physik.-medic. Gesellschaft in Würzburg. Die Charcot-Leyden'schen Crystalle bilden sich am leichtesten in zerquetschten Schleimpolypen und zwar oft schon nach wenigen Stunden. Selten finden sie sich bei weichen Papillomen; in excidirten Gewebsstücken finden sie sich niemals. Bei Asthmatikern vermisste Seifert niemals die eosinophilen Zellen; im Blute derselben schwankte der Procentgehalt der Leucocyten und eosinophilen Zellen zwischen 2—12. Die Crystalle sind wahrscheinlich Secrete der eosinophilen Zellen, denn aus Geweben mit spärlichen eosinophilen Zellen entwickeln sich keine Crystalle. SCHECH.

11) **A. Schmidt** (Breslau). **Demonstration mikroskopischer Präparate zur Pathologie des Asthma.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 18. 1892.*

In der Lunge einer während des asthmatischen Anfalles gestorbenen Dame fanden sich Curschmann'sche Spiralen; durch Färbung liess sich nachweisen, dass die Centralfäden ebenfalls aus Schleim bestehen; hinsichtlich der Entstehung der Spiralen glaubt Schmidt, dass sie nicht an eine bestimmte Stelle gebunden sind, sondern dass sie durch die Hustenstösse oder Wirbelbewegungen der Exspirationsluft auf dem ganzen Wege des Schleims gebildet werden. Die eosinophilen Zellen des asthmatischen Sputums lässt Schmidt local sich bilden. SCHECH.

12) **Mandybur** (Wien). **Vorkommen und diagnostische Bedeutung der oxyphilen und basophilen Leukocyten im Sputum.** Vortrag, gehalten im Wien. med. Collegium am 1. Febr. 1892. — *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 6, 7, 8 u. 9.*

Diese sehr wichtigen Untersuchungen beziehen sich hauptsächlich auf Asthma, Emphysem (neurotische Katarrhe der Luftwege, Eczeme, Migräne, Hämorrhoiden, Schwindel bei Arthritikern sind nach Neusser Aeusserungen derselben Stoffwechselanomalien und kommen durch Vermittelung des Sympathicus zu Stande), Pneumonie und Influenza und zeigen, dass bei Asthma, neurotischen Bronchialkatarrhen und Emphysem die eosinophilen Zellen als Krankheitsproduct, dagegen bei Pneumonie und Influenza als Zeichen der definitiven Heilung im Sputum auftreten. Im tuberculösen Sputum fehlen dagegen die eosinophilen Zellen, so dass sich daraus wichtige diagnostische Schlüsse in zweifelhaften Fällen ziehen lassen. Die vielen interessanten Beobachtungen und Folgerungen dieser auf Neusser's Anregung entstandenen Arbeit müssen im Originale studirt werden. CHIARI.

13) **F. E. Young. Ursache und Behandlung des Asthma und verwandter Krankheiten. (The cause and cure of asthma and kindred diseases.)** *Columbus Med. Journ. Juni 1892.*

Y. glaubt, dass Reizzustände des Rectums bei manchen sonst dunklen Fällen eine Rolle spielen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

14) **Heller** (Charlottenburg). **Beiträge zur Histiogenese der elastischen Fasern im Netzknorpel und Ligamentum nuchae.** *Monatsh. f. prakt. Dermat. XIV. 6. 1892.*

Die wichtigsten Ergebnisse seiner Arbeit fasst H. in folgenden Sätzen zusammen: Der Netzknorpel des Ohres und der Netzknorpel des Kehlkopfes sind histologisch und histogenetisch von einander zu trennen. Die elastische Substanz wird in den frühesten embryonischen Stadien in Faser- in späteren extrauterinen Perioden (Kalb) in Körnchenform ausgeschieden. Die elastischen Fasern entstehen auf verschiedene Weise: a) im Ohrknorpel aus der Intercellularsubstanz, b) in den Kehlkopfknorpeln sowie im Ligam. nuchae aus den Zellen. Bilden die Zellen die Fasern, so ist sowohl der Kern als auch das Protoplasma an der Bildung betheiligt. Nur im frühen embryonalen Leben sind die Zellen des Netzknorpels im Stande, Fasern zu bilden; diese Fähigkeit hört schon in den späteren fötalen Perioden auf. Die Weiterentwickelung des Netzknorpels geht durch das Wachsthum der einmal angelegten Fasern vor sich.

SEIFERT.

15) **Pott** (Halle). **Ueber Thymusdrüsenhyperplasie und die dadurch bedingte Lebensgefahr.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXIV. 1. 1892.*

Bei 6 Kindern, welche ganz unerwartet unter den Erscheinungen des Stimmritzenkrampfes starben, fand P. eine mehr oder minder beträchtliche Vergrösserung der Thymusdrüsen. Man könnte sich denken, dass dieselbe durch Druck auf den Recurrens reflectorisch Laryngospasmus auslöste. Auch eine directe Compression der Luftröhre ist nicht auszuschliessen. Für wahrscheinlicher aber hält P. eine plötzliche Zusammendrückung der Pulmonalarterie. Sofortige Tracheotomie und künstliche Athmung haben sich stets als wirkungslos erwiesen.

SEIFERT.

16) **Caillard. Plötzlicher Tod bei Kehlkopf- und Tracheo-Bronchialkrankheiten. (De la mort subite dans les lésions laryngées et trachéo-bronchiques.)** *Thèse de Paris. 1892.*

Plötzlicher Tod kann vorkommen im Verlaufe von traumatischen oder spontanen Erkrankungen der Luftwege; er scheint eine Hemmungserscheinung zu sein, ein plötzlicher Stillstand von Herz und Athmung. Die Luftwege stehen, was diese Hemmungserscheinungen anlangt, auf derselben Stufe, wie die Baucheingeweide, unter anderm die Leber (Leberkoliken), der Uterus (einfache Geburt, Uteruscatheterisation) und der Magen (Trauma des Epigastrium). Der plötzliche Tod bei den verschiedenen Affectionen der Luftwege muss die Aufmerksamkeit der gerichtlichen Mediciner auf sich ziehen; denn wenn es auch, wo bei der Autopsie sich organische Veränderungen der Schleimhaut der Luftwege finden, leicht ist, über den Tod und seine Ursachen sich Aufklärung zu schaffen, so wird die Klarlegung dieser Art des letalen Ausganges doch sehr delicat, wenn es sich um Traumen handelt, die nicht zu merkbaren materiellen Veränderungen geführt haben. In solchen Fällen findet man in der That bei der Section keine Veränderung und die gerichtliche Medicin kann den Tod nicht anders erklären, als mit der Theorie der Hemmungswirkung.

J. BARATOUX.

17) **Grünwald. Ueber Elektrolyse in den oberen Luftwegen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 18.*

Gr. hat in summa 74 Fälle behandelt.

1. Chronische Rachenkatarrhe 20.
2. Chronische Nasenverstopfung 33.
3. Circumscripte Hypertrophien, Knochenblasen, Polypenreste chronischer recidivirender Folliculitis am Naseneingang 10.
4. Tuberculose des Larynx, abgegrenzte Infiltrate und Tumoren 9, von denen 4 eingehender geschildert werden.
5. Pachydermia syphilitica 1.
6. Subchordale fibröse Kehlkopfstenose 1.

Mit den Resultaten ist Gr. zufrieden. LANDGRAF.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **Van Gehuchten** und **Martin** (Löwen). **Der Bulbus olfactorius bei einigen Säugethieren. (Le bulbe olfactif chez quelques mammifères.)** *La Cellule. T. VII.* Aug. Peeters, Louvain. *La Presse Méd. Belge. No. 20. 1892.*

Die Autoren stellten ihre Untersuchungen an Hunden, Katzen, Mäusen, Ratten und Kaninchen an; am besten eignen sich Hund und Katze. Zur Anwendung kam die rapide Methode Golgi. Die Quintessenz ihrer Untersuchungen ist, dass die Mitralzellen der mittleren Schichte wahre Riechzellen sind; durch sie einzig und allein, im Gegensatz zu Golgi, nehmen die Erregungen der Riechfibrillen ihren Weg zum Gehirn. Die Transmission geschieht nicht durch Continuität der Elemente, sondern durch einfache Contiguität oder besser gesagt durch Contact, indem die Ramificationen der von den nervösen Riechzellen der Membr. pituitar. emanirenden Riechfibrillen sich in Beziehung setzen mit den Ramificationen gewisser protoplasmatischer Zellenverlängerungen der mittleren Schicht im Niveau der Riechglomeruli von Leydig, aber ohne dass eine Vereinigung zwischen beiden Gruppen von Ramificationen stattfände. BAYER.

19) **Hallopeau. Ein Fall von Dysidrosis der Nase. (Sur un cas de dysidrose du nez.)** *Société de dermatologie. 9. Juni 1892.*

Seit ihrer Kindheit litt die Kranke an successiven Ausbrüchen von Dysidrosis und gleichzeitigen anfallsweisen Schweissausbrüchen, die sich auf die Nasenflügel und den Nasenrücken beschränkten. Diese Localisation der Dysidrosis auf der Nase giebt dem Verf. den Grund, die von Jackson für diese Dermatose gewählten Namen Cheiro Pompholix ganz von der Hand zu weisen.

J. BARATOUX.

20) **W. B. Johnson. Eine neue Methode zur Correction von Deformitäten der Nase durch Trauma; mit einem Bericht über 2 Fälle. (An original device for correcting deformities of the nose resulting from traumatism; with a report of two cases.)** *N. Y. Med. Record. 2. April 1892.*

Die Instrumente und die Operationsmethode, die der Verf. vorschlägt, gehen darauf aus, bei durch Trauma verlagerten Nasenknochen eine Neufractur und dann eine Vereinigung in richtiger Stellung herbeizuführen. An Instrumenten sind dazu erforderlich ein Elevator, ein Stützapparat und eine besondere Art von Pflaster, das die Theile nach der Operation in der geeigneten Stellung erhält. Der Elevator gleicht in seiner Form etwa einer Stimmgabel; er ist so construirt, dass er einen erheblichen Druck auszuüben vermag; der Handgriff soll mindestens 6 Zoll lang sein, um zur Fracturirung der Knochen eine genügende Hebelarmlänge zur Verfügung stellen zu können. — Der Stützapparat besteht in einer Knochenplatte von 2½ Zoll Länge, 1½ Zoll Höhe und etwa ¼ Zoll Dicke; dieselbe hat 2 Rinnen, durch die das den Apparat in seiner Stellung erhaltende Hauptband geführt wird. An diese Knochenplatte sind zwei flache Drahtfedern angenietet, die den nöthigen Druck liefern und die sich bei der Application des Apparates abwickeln. An den Enden dieser Federn haften 2 Knochenspitzen von derselben Form, Grösse und Länge wie die Endgabeln des Elevators.

Das Pflaster schliesslich besteht aus mehreren Schichten von Musselin übereinander, die mit Pariser Pflaster imprägnirt sind; es wird unmittelbar nach der Operation angelegt, ehe noch die in ihre richtige Lage gebrachten Theile anschwellen können und muss die Nase von ihrer Basis bis fast zur Spitze bedecken. Die Vorzüge, die J. für diese Operation und die ganze Behandlungsweise gegenüber den älteren Methoden geltend macht, sind folgende: 1. Die Gründlichkeit, Schnelligkeit und relative Leichtigkeit des Operationsactes selbst. 2. Die Möglichkeit während der Operation beide Nasenbeine gleichzeitig zu stützen, oder sogar auf beide einen Druck auszuüben, auch kann auf der einen oder andern Seite ein stärkerer Druck geübt werden, wenn es wegen einer stärkeren Einsinkung einer Seite erforderlich, einfach dadurch, dass die Gabel gedreht wird. 3. Das Fehlen jeder äusseren Verletzung, welche beim Gebrauch der Zange nicht immer zu vermeiden ist. 4. Es kommt eine einfache Fractur, nicht wie beim Gebrauch des Meissels eine complicirte zu Stande. 5. Der Stützapparat verhindert ein späteres Einsinken. LEFFERTS.

21) **Suchannek** (Zürich). **Demonstrationen.** In der Herbstsitzung der kanton. Gesellschaft der Züricher Aerzte. — *Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 7. 1892.*

1. Fibroma pendulum: In der Jugend Stoss gegen die Nase, starke Blutungen. Vier Jahre später Blutungen, die einen Monat lang täglich wiederkehrten. Die Untersuchung ergiebt makro- und mikroskopisch eine im vorderen Drittel des Septum hängende, kirschkerngrosse, sehr vascularisirte Geschwulst, deren Stiel fast nur aus Blutgefässen besteht.

2. Doppelseitige angeborene knöcherne Choanalstenose. 1880 geborener Knabe, 11j., gedieh nach grosser Ernährungsmühe nach den ersten Lebensjahren körperlich vortrefflich. Pat. zeigt die in solchen Fällen vorkom-

mende Schädelmissbildung nicht. Die Augen sind nicht vorstehend. Der Gesichtsausdruck ist etwas schlaff. Das Spiel der Nasenflügel fehlt und der Mund ist stets offen. Der Thorax ist normal entwickelt, und bemerkt man im unteren Abschnitt desselben eine ihn horizontal umgebende Furche. Die vordere Rhinoskopie zeigt weite mit sehr viel Schleim gefüllte Nasenhöhlen. Die hintere Rhinoskopie lässt das Septum als Leiste erkennen. Die Choanen sind durch röthlich erscheinende Diaphragmen verschlossen, welche sich als ziemlich dicke knöcherne Platten nachweisen lassen. Die Rachentonsille ist ziemlich vergrössert; Tubenwülste und Gehör normal; der Geruch null, der Geschmack gut entwickelt. Mittelst Trocart werden die Choanenverschlüsse durchstossen und durch Bolzen erweitert und offen gehalten, so dass Pat. durch die Nase bald ganz frei athmet. Sehr auffallend ist bei diesem Pat. die sehr geringe Schädigung des physiologischen Verhaltens durch den totalen Choanalverschluss.

3. Demonstration eines Präparates von echtem Schwellgewebe am Septum.

4. Demonstration eines 5 mm durchmessenden Trepans zur Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengang aus.

5. Demonstration von eigenthümlich geblähten, hypertrophischen, ganz leicht gekörnten und pigmentirten Drüsenzellen, welche Degeneration sowohl in der Regio respiratoria als olfactoria vorkommen soll.

6. Demonstration von Zeichnungen und Photographien von Ozaena vera und Bemerkungen über das Zustandekommen der in der Nasenschleimhaut nicht selten vorkommenden Epithelmetaplasien. (Vortrag, erscheint a. a. O.)

JONQUIÈRE.

22) **Onodi** (Pest). **1. Ein Fall von gemischten Nasenpolypen.** *Pest. med. chir. Presse. 1892. No. 21.*

Zuerst Schleimpolypen, nach deren Exstirpation sarcomatöse Geschwülste auftraten.

2. Ein eigenthümlicher Fall von Rhinitis hypertr. posterior. Der Patient kann mit der Zungenspitze den Nasenrachenraum betasten.

3. Ein Fall von Apsithyrie (hysterischer Aphasie) bei einem 36jährigen Manne.

4. Primärer Scirrhus der rechten Mandel von Hühnereigrösse ohne Ulceration.

5. Primärer Medullarkrebs der Highmorshöhle. — Ausgekratzt.

CHIARI.

23) **C. Seiler. Nasenpolypen. (Nasal polypus.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. April 1892.*

Eine klinische Vorlesung. — Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **Wm. W. Ashhurst. Tracheotomie wegen Verstopfung des Pharynx und Entfernung von Schleimpolypen aus der Nase. (Tracheotomy for obstruction of the pharynx with removal of mucous polyps from the nose.)** *Philad. Med. News. 16. Januar 1892.*

Der Pat. war cyanotisch und zeigte bei der sehr erschwerten Inspiration

erhebliche suprasternale und infrasternale Einziehung. Den Mund hielt er weit offen; sah man hinein, so erkannte man eine Vorwölbung des weichen Gaumens nach unten und vorn; derselbe bildete eine verticale, leicht convexe Wand, nicht mehr als 2 Zoll hinter den Schneidezähnen. Die Verbindung des harten mit dem weichen Gaumen war durch eine deutliche Falte markirt und zwischen der Zunge und dem weichen Gaumen schien absolut kein Platz für den Durchtritt der Athemluft zu sein. Ausserdem fand sich vorn in der linken Nase ein Schleimpolyp von der Grösse etwa einer kleinen Kirsche.

Der Tod durch Asphyxie schien so drohend, dass A. sich sogleich zur Tracheotomie entschloss. 3 Tage nachher konnte er den Finger vom Munde in den Rachen führen, und es gelang ihm, die Drahtschlinge um eine grosse Geschwulst herumzulegen, deren Wurzel an dem hinteren Theil der linken mittleren Nasenmuschel sass. Er durchschnitt dann den Stiel und entfernte durch den Mund einen Schleimpolyp von ovoider Gestalt und fast Hühnereigrösse. Auf dieselbe Weise wurde eine ähnliche Geschwulst, die wahrscheinlich noch grösser war, mit ganz entsprechender Ansatzstelle in der rechten Nase, in Stücken entfernt und dann wurden noch mehrere kleinere, die vor jenen beiden grossen Polypen sassen, von vorn von der Nase aus exstirpirt. LEFFERTS.

25) **Zarniko** (Berlin). **Beiträge zur Histiologie der Nasengeschwülste.** (Aus Dr. Hartmann's Heilanstalt für Nasen- und Ohrenkrankheiten.) *Virch. Archiv. 1892. Bd. 128. H. 1.*

1. Eigenthümlich geformte und gebaute Fibrome des Nasenrachenraums. Von der linken mittleren Muschel ausgehende gallertige und derbere Geschwülste, deren Oberfläche zum Theil glatt, zum Theil mit seichten, hier und da in tiefe Taschen führenden Furchen versehen ist. Die Tumoren bestehen aus lockerem ödematösem Bindegewebe ohne Drüsen mit wenig Gefässen; wechselnde Zahl von Rundzellen in den Bindegewebsmaschen, und von mit gelappten Kernen versehenen Wanderzellen im Bindegewebe und Epithel. Dieses ist cylindrisches, zum Theil geschichtetes Pflasterepithel, dazwischen hier und da Uebergangsepithel. In manchen Zellen sieht man Vacuolen oder auch eine Blase, die aus mehreren zu einer grossen confluiren können. Die in ihnen enthaltene Flüssigkeit ist vermuthlich ein entzündliches Exsudat, so dass der ganze Vorgang als Initialerscheinung einer bullösen Entzündung aufzufassen ist.

Das Pflasterepithel ist wahrscheinlich in Folge äusserer Schädigung aus früher vorhandenem Cylinderepithel entstanden.

2. Knochen in Nasengeschwülsten fand Z. 7 mal; es handelte sich um weiche Fibrome der mittleren Muschel. Immer war ein Zusammenhang mit dem Knochen der mittleren Muschel nachweisbar, so dass man jene als Exostosen bezeichnen könnte. A. ROSENBERG.

26) **R. W. Seiss. Intranasale Adenome. (Intranasal adenomata.)** *University Med. Mag. Januar 1892.*

S. giebt der Meinung Ausdruck, dass grosse und radicale instrumentelle Eingriffe in den Nasenhöhlen nur in extrem seltenen Fällen indicirt sind, und

dass derartige Manipulationen in den Fällen von Pseudo-Adenomen, wie auch bei anderen Krankheiten der Nase, zur Verschlimmerung des Leidens, ja sogar zur Entstehung gerade der Affection, die geheilt werden soll, führen können.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **Zarniko. Neubildungen der Nase.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 20. 1892.*

Wiedergabe der in Virchow's Archiv erschienenen Arbeit mit Demonstration im Verein für innere Medicin in Berlin.

SCHECH.

28) **Wygodzinski (Waldenburg). Die Sarkome der Nasenhöhle.** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

W. beschreibt 3 Fälle aus der Klinik von B. Baginsky. Im 1. Fall handelte es sich um einen 24jährigen Mann, bei welchem ein (grosszelliges Spindel-) Sarkom von der rechten Fläche des Septum nar. ausging. Dasselbe wurde nach Spaltung der Nase ausgeschält. Später Recidiv mit Durchwachsung des Tumors auf das Periost und eventuell auf das orbitale Zellgewebe.

Der 2. Fall betraf eine 65jährige Frau, bei welcher ein Myxosarkom von der Schleimhaut des rechten Theiles der Nasenscheidewand ausgegangen war und dieselbe durchbrochen hatte. Exstirpation eines Theiles der Neubildung.

Im 3. Falle handelte es sich um eine 59jährige Frau, bei welcher ein grosszelliges Spindelsarkom aus der Tiefe der Siebbeinzellen wucherte.

SEIFERT.

29) **J. G. Schallcross. Ein Fall von melanotischem Sarkom der Nase. (A case of melanotic sarcoma of the nares.)** *Hahnemann Monthly. Januar 1892.*

Die Geschwulst wurde mittelst der Schlinge und des scharfen Löffels exstirpirt. Homöopathische Mittel können zwar der Krankheit Einhalt thun, meint S., man solle aber trotzdem in allen Fällen, in denen die Operation möglich sei, die Geschwulst exstirpiren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **W. G. J. Storey. Rhinosklerom. (Rhinoscleroma.)** *Brit. Med. Journal. 23. April 1892. Dublin. Journal of Med. Science. 1892.*

Vortrag, gehalten vor der Akademie für Medicin in Irland; Details enthält der Bericht nicht.

MACKENZIE-JOHNSTON.

31) **R. Paltauf (Wien). Zur Aetiologie des Skleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Nase. (Rhinoscleroma.)** *Wiener klin. Wochenschrift. 1891. No. 52 und 53. 1892. No. 1 und 2.* Vergleiche auch *Wiener klin. Wochenschr. 1890. No. 3.*

P. verfügt über 15 neue Fälle, deren Krankengeschichten er ziemlich ausführlich bringt; sie stammen aus der Klinik Schrötter (13), Neumann (1), O. Chiari (1).

P. bespricht sie nach den Befunden der klinischen Untersuchung, sowie der histologischen und bakteriologischen. Oefters konnte aus kleinen excidirten Gewebstheilchen die Diagnose gemacht werden. Aus einigen Fällen geht hervor, dass der Scleromprocess primär in Larynx und Trachea auftreten kann; die Chorditis vocalis inf. hypertroph. chronica beruht meist auf Sclerombildung.

Die Ursache der Sclerombildung ist der Rhinosclerombacillus, der sich auch nach andern Autoren konstant, reichlich und fast einzig bei dieser Erkrankung findet. Besonders fehlt er fast nie in den Mikulicz'schen „geblähten" Zellen; P. konnte sein Wachsthum in diesen Zellen selbst beobachten. Die Culturen der Bacterien verursachten bei Mäusen und Meerschweinchen, subcutan eingespritzt, Entzündungsprocesse (Pleura und Lungen) aber kein Sclerom; nur Stepanow sah in der Cornea der Meerschweinchen dem acuten Entzündungsprocess einen chronischen folgen. Jedenfalls aber erfolgt die Bildung der „geblähten" Zellen in Zusammenhang mit den Bacterien. Endlich unterscheiden sich die Rh.-Bacterien wesentlich von den Friedländer'schen durch verminderte Virulenz, durch vermindertes Gährungsvermögen in Zuckerlösung, durch grössere Empfindlichkeit gegen Säuren, durch Verhalten in Milch und alten Gelatinekulturen.

Details dieser wichtigen Arbeit müssen im Originale nachgelesen werden.

CHIARI.

32) **Dittrich** (Wien). **Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Docenten Dr. Richard Paltauf: „Zur Aetiologie des Skleroms des Rachens, des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Nase (Rhinosclerom)."** *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 4.*

D. erklärt, dass er, wie er schon in dem Centralblatt für Bakteriologie, Bd. V, ausgesprochen, die Rhinosclerombacterien für die specifischen Krankheitserreger ansehe, analog den Annahmen bei andern jetzt einstimmig als bakteriell angesehenen Erkrankungen, obwohl das Ergebniss der Thierimpfungen niemals der specifische Rhinoscleromprocess war. Seine am Schlusse einer früheren Arbeit in der Prager Zeitschrift für Heilkunde, Bd. VIII, angeführten 4 Punkte sind nur als Möglichkeiten bezeichnet und betreffen besonders die theoretische Möglichkeit einer Mischinfection, weil D. practisch nicht an dieselbe glaubt.

CHIARI.

33) **Moskowitz** (Pest). **Sklerom der Luftwege.** *Gyógyászat. 1891. No. 27 u. 28. Pest. med. chirurg. Presse. 1892. No. 6.*

Beschreibung eines Falles und des Sectionsbefundes. Es war nebst Nase und Rachen auch Kehlkopf und Luftröhre ergriffen, beide letztere stenosirt. Es fand sich überall der Friedländer'sche Pneumococcus. (Der Microorganismus des Rhinoscleroms ist nicht identisch mit dem Pneumococcus. Referent.)

CHIARI.

34) **Th. J. Pick** (Prag). **Demonstration zweier Fälle von Rhinosklerom.** Verein deutscher Aerzte in Prag, am 12. Februar 1892. — *Prager med. Wochenschrift. 1892. No. 7.*

An die Demonstration schloss sich eine Debatte an, in der H. Chiari die Nothwendigkeit des Nachweises des R.-Bacterium behufs sicherer Diagnose, Pick die Thatsache hervorhob, dass es bis jetzt nicht gelungen sei durch Uebertragung des Microorganismus Scleromprocess zu erzeugen. Hueppe betont, dass das Rh.-Bacterium sich gut gegen den Friedländer'schen Pneumonie-Bacillus abgrenzen lasse.

CHIARI.

35) **Hessler. Laminaria als Fremdkörper in der Nase.** *Münchn. med. Wochenschrift. No. 2. 1892.*

Larminariastift, der 14 Jahre in der linken Nase gesessen hatte und wegen narbiger Verengerung der Nasenlöcher eingeführt worden war. Hessler entfernte denselben, worauf die düstere melancholische Gemüthsstimmung der Patientin sich sofort verlor mit allen anderen Erscheinungen. SCHECH.

36) **Pierce. Vibrationsmassage der Nase. (Vibratory massage of the nose.)** *N. Y. Med. Record. 14. Mai 1892.*

Verf. berichtet über 6 Fälle, die nach dem neuen Verfahren behandelt wurden. Es werden Sonden mit Watte umwickelt und mit einem geeigneten Medicament getränkt in die Nase eingeführt und in eine 200—300mal in der Minute erfolgende vibrirende Bewegung versetzt. Nach einander werden alle Theile der Nasenhöhle mit der Sonde erreicht. Der Erfinder der Methode hat 1000 Fälle damit behandelt und hat die augenscheinlichsten Erfolge mit derselben bei der foetiden atrophischen Rhinitis erzielt, bei welcher die atrophirten Muscheln ihre normalen Verhältnisse wiedergewannen. Pierce kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Der Reinlichkeit, die als so wesentliches Moment dieser Behandlungsweise hingestellt worden ist, dankt man das Meiste bei den raschen Heilungen oder der Besserung der unangenehmen Symptome, wie des Foetors, der Secretion etc. 2. die vibratorischen Bewegungen selbst können thatsächlich auch von Nutzen sein, insofern als sie das Lymph- und Gefässsystem anregen, auf die Regeneration des atrophischen Gewebes jedoch haben sie keinen oder nur geringen Einfluss. LEFFERTS.

37) **Laker** (Graz). **Die innere Schleimhautmassage und ihre Heilerfolge bei den chronischen Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Ohres und des Kehlkopfes.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 5, 6, 7, 8 u. 9. Prager med. Wochenschrift. 1892. No. 5, 6, 7, 8 u. 9.*

L. lobt die Massage ausserordentlich. So ersetze sie ihm oft bei einfacher Hypertrophie der Nasenmuscheln die Galvanocaustik; auch zahlreiche kleine Polypen, sowie die Stiele der exstirpirten Nasenpolypen brachte er oft durch die Massage zum völligen Schwinden. Atrophische Rhinitis mit Borkenbildung besserte er ausserordentlich in 5 Wochen. Auch eitrige Rhinitis, acute Rhinitis, Rhinitis mit Reflexneurosen und Aprosexie ist leicht in einigen Wochen bis Monaten zu heilen. Chronische Erkrankungen des Nasenrachenraumes bieten ebenfalls ein ausgezeichnetes Feld für die Massage, ebenso chronische Rachenkatarrhe, chronische Erkrankungen des Tubenkanals oder blos des Ostium pharyng. tubae, Paresen der Stimmbänder, chronische Ulcera des Kehlkopfes, selbst tuberculöser Natur, und endlich chronische Bindehautleiden und Thränengangsentzündungen. Mit Hinweis auf sein Buch: „Die Heilerfolge der inneren Schleimhautmassage.“ Graz 1892 (Vgl. Centralblatt, Juli 1892, S. 51) wird die Technik kurz besprochen.

Der Referent hat nun seit einem Jahre die Massage bei Nasen-, Rachen- und Nasenrachenraumleiden fleissig angewendet, konnte aber keine anderen Er-

folge erzielen, als durch gewöhnliche Pinselungen, so dass er glaubt, dass M. Braun, Höffinger, Laker sich oft von ihrem Eifer für die neue Methode zu übertriebenen Angaben hinreissen liessen. CHIARI.

38) **W. Cheatham. Ein paar Fälle von nasaler Chirurgie. (Some cases of nasal surgery.)** *Am. Practitioner and News. 2. Januar 1892.*

Die nasale Chirurgie hat zwar vieles erreicht, doch wird sie nach C.'s Meinung zu weit getrieben, so dass mancher Eingriff, den man jetzt unternimmt, schliesslich nur zu neuen Beschwerden führt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **L. C. Cline. Chirurgische Behandlung bei Nasen- und Nasenrachenraumreflexen. (Surgical treatment for nasal and nasopharyngeal reflexes.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 2. Januar 1892.*

C. theilt mehrere Fälle mit, welche die Wirkung eines chirurgischen Eingreifens illustriren. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) ..... **Discussion über Nasenchirurgie. (Discussion on nasal surgery.)** *Brit. Med. Journal. 26. März 1892.*

Auf der Jahresversammlung 1891 der British Medical Association schloss sich an den Vortrag von Woakes über „Necrotisirende Ethmoiditis" eine Discussion an.

W. Hill und Lennox Browne erklärten sich ausser Stande, den von Woakes aufgestellten Sätzen sich anzuschliessen. Die klinische Erfahrung stehe den Anschauungen desselben entgegen, und wenn die Beobachtungen W.'s richtig seien, so wäre es doch auffällig, dass der schlechte Geruch sowohl wie das Erscheinen des ausgestossenen Knochens bei den Patienten mit Polypen fehlen sollten. Woakes antwortete auf diese Bemerkungen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

41) **M. D. Lederman. Zur Behandlung einiger Nasenkrankheiten. (Treatment of some nasal diseases.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. April 1892.*

L. beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit hauptsächlich mit der Wichtigkeit der Vorbehandlung vor der Operation. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **Redactionelle Notiz. Erkrankung des Hirns nach einer einfachen Nasenoperation. (Disease of the brain following a simple nasal operation.)** *N. Y. Med. Journal. 12. März 1892.*

Ein Auszug aus dem Artikel von Wagner in der Münchner Med. Wochenschrift. LEFFERTS.

43) **J. W. Gleitsmann. Eine neue und einfache Methode zur Abschwächung der Reaction nach der Anwendung des Galvanokauters bei nasalen Hypertrophien. (A new and simple method to lessen reaction after the use of the galvanocautery for nasal hypertrophies.)** *Annals Ophthal. and Otology. Januar 1892.*

Es handelt sich um die Application von Trichloressigsäure.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

44) **J. Blake White. Ein doppelter Nasen-Spray und Zerstäuber. (A double nasal spray and vaporizer.)** *N. Y. Medical Record. 26. März 1892.*

Um die Ausübung seiner eigenthümlichen Methode der Darreichung von Medicamenten für Hals und Lunge zu erleichtern, hat W. einen Nasenspray mit Doppelrohr anfertigen lassen. Eine eingehendere Beschreibung dieses Apparats ist gänzlich unnöthig, aus dem der Originalarbeit beigegebenen Holzschnitt sind die Besonderheiten und Vorzüge desselben leicht zu ersehen. Ist der Apparat, wie W. dies beabsichtigt, mit einem Condensor verbunden, so muss der Dampf gleichzeitig und in gleicher Stärke durch beide Röhren direct in die Nase eindringen, wozu eine volle und tiefe Inspiration noch mitwirkt.

Die Zulassung einer ganz geringen Menge atmospärischer Luft ist natürlich nothwendig und befördert das Eindringen der medicamentösen Dämpfe in die tieferen Luftwege; für diesen Zweck sind die Längsrinnen am bulbösen Ende beider Tuben bestimmt.

LEFFERTS.

45) **J. A. Burrall. Ein Vorschlag für die Anwendung des Sprays in der Nasenhöhle. (A suggestion with regard to spraying the nasal cavities.)** *N. Y. Medical Record. 12. Mai 1892.*

Man leite den Kranken an, tief zu inhaliren und führe die Spitze des Zerstäubers hinter die Uvula, ohne jedoch die hintere Rachenwand zu berühren. Dann hat der Pat. die Lippen über dem Rohre zu schliessen und durch die Nase zu exhaliren. Auf diese Weise dringt der Spray nach vorn auf die Wandung der Nasenhöhlen.

LEFFERTS.

46) **L. A. Dessar. Die Nasendouche. (The nasal douche.)** *International Journ. of Surgery. Mai 1892.*

Die Douche ist das einzige Mittel, mit dem man die gesammte Nasenhöhle gründlich reinigen kann.

Als Regeln für die Douche stellt D. folgende Grundsätze auf:

1. Die Nase soll mindestens 10 Minuten lang nicht geschnäuzt werden.
2. Der Pat. soll eine Zeit lang im Zimmer bleiben.
3. Während des Douchens selbst soll der Pat. in keiner Weise gestört oder aufgeregt werden, da ihn dies zum Niesen, Husten oder Schlucken reizen und dadurch ein Eindringen von Flüssigkeit in das Mittelohr möglich machen kann.
4. Beide Seiten der Nase müssen frei sein.
5. Reines Wasser löst das Nasenepithel; man setze dem Wasser Natriumchlorid zu.
6. Concentrirte Salzlösungen sind nicht anzuwenden.
7. Die Douche soll nicht öfter als 3 mal am Tage vorgenommen werden; gewöhnlich reicht 2 mal aus.
8. Die Quantität soll nicht 300 ccm Flüssigkeit übersteigen.
9. Die Spülflüssigkeit soll stets lauwarm sein.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

47) **Goris. Nasentamponade. (Tamponnement des fosses nasales.)** *La Presse Méd. Belge. No. 1. 1892.*

In der Sitzung vom 19. December 1891 der medic.-chirurg. Gesellschaft von Brabant empfiehlt Goris die Einführung einer Drahtschlinge statt der Bellocque'schen Röhre zur Ausführung der Nasentamponade. BAYER.

48) **Wendschuch** (Dresden). **Pulverbläser zum Selbstgebrauch für die Nase.** *Illustr. Monatsschr. d. ärztl. Polytechn. April 1892.*

Der von W. angegebene Apparat besteht aus einem im doppelten Winkel gebogenen Hartgummirohr, einer Hartgummi-Nasenolive und einem elastischen Zwischentheile mit Mundstück. SEIFERT.

49) **E. L. Oatman. Eine neue Methode zur Befestigung des Drahtes bei Nasenschlingen. (New method of fastening the wire in nasal snares.)** *N. Y. Med. Record. 16. April 1892.*

Selbst bei den besten Nasenschlingen ist die Befestigung der Drahtenden oft eine mühevolle und zeitraubende Sache, besonders wenn es sich als nöthig herausstellt, mitten in der Operation die Schlinge kürzer einzustellen. O.'s Verbesserungsversuche bestehen darin, dass er den Draht zwischen ein excentrisches Rad mit einem daran befestigten Hebel und der abgeplatteten Fläche der Leitstange fängt, die beiden entgegenstehenden Flächen sind rauh gemacht, um ein Abgleiten zu verhindern. LEFFERTS.

50) **H. N. Spencer. Ein neues Nasenspeculum. (A new nasal speculum.)** *Phil. Med. News. 6. Februar 1892.*

Wie der beigegebene Holzschnitt zeigt, bewegen sich die Blätter des Speculums um eine rechte und linke Schraubenwindung. Die eine Hälfte der Schraubenlänge ist nach rechts, die andere nach links gedreht. Auf 1 Zoll kommen 24 Schraubenwindungen nach der einen wie nach der andern Richtung: es ist ersichtlich, dass jede vollständige Drehung der Schraube die beiden Blätter um $^1/_{12}$ Zoll auseinander bringt. Ist eine raschere Oeffnung der Blätter beabsichtigt, so muss eine Schraube mit grösserem Gewinde eingesetzt werden. Die Branchen sind so auf die Schraube eingesetzt, dass sie zusammenstehen, wo das rechtsseitige und das linksseitige Gewinde auf einander treffen. Diese Stellung der Blätter zu einander wird aufrecht erhalten durch einen kleinen Leitstab, der nach dem Holzschnitt mit der Schraube parallel zu laufen scheint. Das eine Ende dieses Leitstabes ist in dem Oehr des einen Blattes nahe dem Knopf-Ende der Schraube befestigt; das andere Ende ragt frei durch das Oehr der andern Branche. LEFFERTS.

51) **W. J. Walsham. Nasenscheere. (Nasal scissors.)** *Lancet. 13. Febr. 1892.*

Das Instrument ähnelt der „Crocodil-Nasen-Zange", nur dass die Blätter scheerenartig gehalten sind. MACKENZIE-JOHNSTON.

52) **Robert C. Miles. Eine Nasenscheere. (A nasal clipper.)** *N. Y. Medical Record. 13. Februar 1892.*

Das kleine Instrument ist nach Art der „Alligator-Nasenzange" gearbeitet; seine Blätter sind stark und scharf. LEFFERTS.

53) **Wm. C. Jarvis. Ein modificirter Nasen-Ecraseur. (A modified nasal ecraseur.)** *N. Y. Med. Record. 5. März 1892.*

Die Verbesserung ist von wirklichem Werth und begegnet mit Erfolg einem Vorwurf, der beständig gegen die allgemeine Brauchbarkeit des J.'schen Ecraseurs geltend gemacht worden ist, dass er nämlich gerade im Gesichtsfeld des Operateurs steht. Dieser Uebelstand wird vermieden durch den stellbaren Handgriff, der an die Stelle des bisherigen Halters tritt und beim jedesmaligen Gebrauch in entsprechender Weise befestigt wird. LEFFERTS.

54) **W. Gayton (London). Ein Salbeneinführer für die Nase. (Nasal ointment introducer.)** *Brit. Med. Journal. 12. März 1892.*

Beschreibung eines Instrumentes, das dem für ähnliche Zwecke im Rectum gebrauchten fast ganz gleich ist. MACKENZIE-JOHNSTON.

55) **W. F. Robinson. Eine neue Elektrode für die Nase. (A new nasal electrode.)** *Journal of Electro-therapeutics. 9—147.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **L. A. Dessar. Eine neue Elektrode für die Nase. (A new nasal electrode.)** *N. Y. Medical Record. 28. Mai 1892.*

Ein paar Electroden aus Metall, die, wenn sie nicht in Gebrauch sind, in eine Carbolsäurelösung oder eine andere Desinfectionsflüssigkeit eingelegt und so stets vollkommen aseptisch gehalten werden können. Die Electroden selbst bestehen aus vernickeltem Kupfer, sie sind durch 2 Metallstreifen mit dem Schaft verbunden; als Isolirmaterial dient Faserstoff, Asbest oder Elfenbein.

LEFFERTS.

c. Mundrachenhöhle.

57) **Ziegler. Noma bei einem Erwachsenen.** *Münchner med. Wochenschr. No. 7. 1892.*

28jähriger Mann, der früher eine aphthöse Mundentzündung, dann noch einmal eine Stomatitis mercurialis durchgemacht hatte; möglicherweise trug auch die dumpfe feuchte Wohnung zum Ausbruch bei; die Affection betraf die ganze linke Wange bis zum inneren Augenwinkel. Der Tod erfolgte durch Inanition und Consumption; bei der Section fand sich jauchiges Exsudat im linken Stirnlappen. SCHECH.

58) **Ramakers. Ein Fall von buccaler Leukoplakie. (Un cas de leucoplasie buccale.)** *Bulletin médical de l'Algérie. 1892. p. 15.*

Fünf Tumoren hatten sich auf dem Zungenrücken entwickelt. Mit dem Galvanokauter entfernt und mikroskopisch untersucht, zeigten sie in den Präparaten alle Phasen der bucoalen Leukoplakie von der einfachen Hautverdickung bis zum eben beginnenden carcinomatösen Process. J. BARATOUX.

59) **F. C. Smith. Stomatitis materna. (Stomatitis materna.)** *Kansas city Med. Record. Februar 1892.*

Krankengeschichte eines Falles; derselbe hat für den Laryngologen weiter kein Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **L. de Saint-Germain. Allgemeine Betrachtungen über die Pathogenese der acuten Quecksilber-Stomatitis. (Considerations générales sur la pathogénie de la stomatite mercurielle aigue.)** *Journal de connaissances médicale. 1892. p. 167.*

Die Stomatitis beginnt mit einer einfachen Phlegmasie der Schleimhaut; das Zahnfleisch ist roth, geschwollen; die Zähne bilden Abdrücke am Rand der ödematösen Zunge. Dann entsteht ein unbestimmtes Gefühl von Krankheit, Frösteln und Temperaturanstieg. Die Drüsen schwellen an und man kann eine lokale Membranbildung am Zahnfleisch oder auch bloss ein Wundsein desselben constatiren. — Der Gebrauch des Quecksilbers wird ausgesetzt; beschleunigt wird die Heilung durch Anwendung einer energischen Antisepsis: Sublimat 1 : 2000 zu zweistündlichen Ausspülungen, oder Carbol bis 1 : 50.

J. BARATOUX.

61) **Lermoyez. Zur Pathogenese der Quecksilberstomatitis. (Sur la pathogénie de la stomatitis mercurielle.)** *Bulletin médical. 1892. p. 999.*

Infolge des wiederholten Gebrauches eines Gurgelwassers von Quecksilbercyanur in einer Lösung von 2 auf 1000 erkrankte eine Pat. an Quecksilberstomatitis, ein Factum, das den alten Anschauungen starken Nachdruck verleiht.

Eine um die andere fielen die verschiedenen Theorien: so die Theorie von der Entstehung der Stomatitis durch directe Wirkung des Quecksilbers auf den Mund bei der Einführung des Präparats, dann die Theorie, die das Quecksilber nur wirken lassen will durch die Vermittelung einer alveolären Periostitis, ferner die Theorie von der localen Toxi-Infection, die von der septischen Stomatitis und schliesslich auch die von der Toxicität. Nach Galippe giebt es überhaupt nur eine einzige Stomatitis — die septische, nur eine einzige Pathogenese — die Bacterien des Mundes, und nur eine einzige Therapie — die Antiseptik des Mundes.

Der Verf. weist darauf hin, dass im Anfange die Stomatitis eine mercurielle ist, später wird sie septisch. Zur Bekämpfung derselben empfiehlt Verf. alkoholische Carbollösungen, Thymol, Salicylsäure etc. J. BARATOUX.

62) **F. Forchheimer. Aetiologie der Stomatitis aphthosa. (Etiologie of stomatitis aphthosa.)** *Archiv Pediatrics. Mai 1892.*

Schlusssätze:

1. Das Leiden wird durch gewisse schädliche Substanzen in der Circulation hervorgerufen.
2. Diese Substanzen haben ihren Ursprung in verschiedenen Processen, bakteriellen und anderen.
3. Dieselben können danach verschiedener Art sein.
4. Sie wirken auf einen oder mehrere Nerven, oder auf ein oder mehrere Nervencentra.
5. Sie erzeugen eine herpesartige Bläschenbildung; dies ist der aphthöse Process.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) **P. Torbatschow. Ein Fall von Phlegmone am Boden der Mundhöhle. (K kasuistike noospalitel nich sobolewanii podjasitschnoi oblasti.)** *Beln. Gaz. Botk. 1892. No. 21.*

Spaltung der Phlegmone; Heilung.

LUNIN.

64) **N. Palazzolo. Beitrag zum Studium der Tuberculose des Mundes und des Rachens mit specieller Berücksichtigung ihrer Pathogenese. (Contributo allo studio della tubercolosi della boccu e della faringe con speciale riguardo alla sua patogenesi.)** *Archiv. ital. di Laringologia. Januar 1892.*

Anknüpfend an einen Fall von Lungentuberculose mit secundären, tuberculösen Ulcerationen im Munde und im Rachen (positiver bakteriologischer Befund) stellt P. in fast vollständiger Weise alles über dieses Thema Bekannte zusammen und gelangt dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Die Tuberculose in Mund und Rachen kann eine primäre Affection sein.
2. Dieselbe entwickelt sich leichter da, wo die Schleimhaut bereits entzündliche etc. Störungen darbietet.
3. Ein rechter Grund für die Seltenheit dieser Affection ist noch nicht klargelegt worden.

CARDONE.

65) **Ritter** (Berlin). **Ueber syphilitische Mundaffectionen und die Uebertragung der Syphilis durch Operationen im Munde und an den Zähnen.** *Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilk. H. 2—3. 1892.*

Verf. bringt eine zusammenhängende Schilderung der bei der Syphilis und ihrer Bekämpfung in Betracht kommenden Mund- und Zahnverhältnisse, giebt eine einschlägige Behandlungsmethode an und bespricht die Möglichkeit und Verhütung der Uebertragung der Syphilis bei Operationen im Munde und an den Zähnen. Die Vorschläge, welche Verf. für die Mund- und Zahnpflege auch der arbeitenden Klasse macht, sind sehr wohlgemeint, aber nicht durchführbar, während jene Forderung, dass keine antisyphilitische Kur vor Instandsetzung des Mundes und der Zähne begonnen werden solle, wohl schon jetzt wenigstens in der Privatpraxis erfüllt wird. (In dringenden Fällen, z. B. tertiärer Kehlkopfsyphilis, wohl auch nicht immer durchführbar. Red.)

SEIFERT.

66) **Chauffard. Syphilis des Mundes und Rachens. (Syphilis bucco-pharyngée.)** *Ann. de méd. 1892. p. 257.*

Der Autor beschreibt die verschiedenen Arten von Schanker des Mundes, besonders den der Mandeln, der oft zu Täuschungen Anlass giebt.

J. BARATOUX.

67) **T. Kaspari. Ein Fall von papillomatösen Wucherungen auf der Mundschleimhaut.** *Med. Obosr. 1892. No. 6.*

K. stellte in der dermatologischen Gesellschaft in Moskau einen Pat. von 17 Jahren vor, bei dem man auf der Schleimhaut der Lippen, besonders stark auf der Wangenschleimhaut und vereinzelt auf den Gaumenbögen, papillomatöse Wucherungen sieht. Dieselben bestehen schon 6 Jahre, sollen sich im Verlaufe von 9 Monaten ausgebildet und später sich nicht mehr verändert haben.

LUNIN.

68) **Sanarelli** (Siena). **Der menschliche Speichel und die pathogenen Mikroorganismen der Mundhöhle.** *Centralbl. f. Bakteriol. X. 25. 1892.*

S. hat gefunden, dass der menschliche Speichel als ein durchaus ungünstiger Nährboden für gewisse pathogene Mikroorganismen betrachtet werden muss, dass er die Fähigkeit besitzt, dieselben mehr oder weniger rasch zu zerstören, vorausgesetzt, dass ihre Zahl nicht zu beträchtlich ist, dass dagegen der Diphtheriebacillus und der Pneumoniecoccus lange Zeit in ihm leben können.

SEIFERT.

69) **Jawein** (Petersburg). **Zur klinischen Pathologie des Speichels.** *Wien. med. Presse. 1892. No. 15 und 16.*

J. untersuchte diesen Gegenstand in verschiedener Hinsicht.

1. Feststellung der Norm für das tägliche Speichelquantum bei gesunden Menschen. Er liess eine halbe Stunde lang den unter Zunge angesammelten Speichel in eine Glasschale spucken und erhielt so 15—25 ccm, — das Tagesquantum würde also 360—600 ccm betragen.

2. Methode der Untersuchung der Fermentwirkung des Speichels in qualitativer Hinsicht. Dieselbe besteht in Zusatz von einigen Tropfen einer schwachen Lösung von Jod-Jodkalium in Wasser (1 : 2 : 1000) zu einer 2proc. Stärkekleisterlösung, die mit Speichel versetzt wurde, und der Beobachtung der Farbe-Reaction.

3. Quantitative Untersuchungsmethode für die Bestimmung der relativen Menge der Diastase im Speichel. Es wird die Menge der gebildeten Maltose durch die obige Jodlösung und durch Filtrirung mit Fehling'scher Lösung nach Claude-Bernard bestimmt und zwar auf 4proc. Kleister nach Zusatz einer bestimmten Speichelmenge.

4. Bestimmung der Fermententwickelung des Speichels der gesunden Menschen. 5. Qualitative und quantitative Veränderung des Speichels bei Kranken und zwar in 34 Fällen. Die amylolytische Wirkung des Speichels ist bei schwerem Fieber erhöht, bei sehr hohem Fieber vermindert, bei Tuberculose normal, bei chron. Nephritis subnormal, bei Ascites

sehr vermindert, auch bei erschöpfenden Erkrankungen. Die Menge des Speichels ist bei acutem Fieber um so geringer, je höher das Fieber, bei lange dauerndem Fieber und bei Lungentuberculose meist normal, bei chronischer Nephritis und Ascites vermindert. Näheres ist in dem interessanten Originale nachzulesen, wo auch die Literatur zu finden.

CHIARI.

70) **Kurz** (Florenz). **Speichelsteine im Ductus Whartonianus.** *Memorabilien. XXXVI. 7. 1892.*

Bericht über 3 Fälle, von denen 2 mit starker Entzündung der Drüse complicirt waren. Bei diesen konnte durch Incision ein Speichelstein entfernt werden, im 3. Falle war offenbar das kleine Concrement durch die auf innerlichen Pilocarpingebrauch gesteigerte Drüsensecretion aus dem Duct. Whart. herausgeschwemmt worden.

SEIFERT.

71) **J. P. Dorschug. Ein Fall von Speichelstein. (A case of salivary calculus.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 5. Mai 1892.*

Nichts von Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

72) **Weinlechner** (Wien). **Demonstration eines Speichelsteines, der aus dem Ductus Whartonianus sinister ausgeschnitten wurde.** Gesellschaft d. Aerzte in Wien, am 3. Juni 1892. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1892. No 23.*

Der Stein soll nach Angabe des Kranken schon 40 Jahre vorhanden gewesen sein; er ist bohnengross und hat die Form einer Eichel und weisse Farbe.

CHIARI.

73) **S. V. Wagner. Multiple Steine in dem Ductus Whartonianus. (Multiple calculi in Wharton's duct.)** *Clinique. Juni 1892.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem er 4 Steine im Gesammtgewicht von 0,57 g aus dem Wharton'schen Gange entfernte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

74) **Hahn** (Pyritz). **Ueber Möller'sche Glossitis superficialis.** *Deutsche med. Zeitung. 65. 1892.*

Im Anschluss an einen von ihm beobachteten und kurz beschriebenen Fall von Gloss. superficialis weist H. auf das Verhalten der Zähne bei dieser Krankheitsform hin: Die Zähne waren in seinem Falle gerade an jener Stelle cariös, wo die Pat. die ersten Beschwerden an der Zunge empfunden hatte, ausserdem litt die Pat. an chronischer Pharyngitis und an Verdauungsstörungen. Die Behandlung hatte wenig Erfolg.

SEIFERT.

75) **C. E. Munger. Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of the lingual tonsil.)** *New England Med. Monthly. Februar 1892.*

Ein resumirender Artikel; nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **A. Sabalotski** (Moskau). **Tuberculöses Zungengeschwür.** *Med. Obosr. 1892. No. 6.*

S. stellte in der dermatol. Gesellschaft in Moskau einen Patienten mit einem geheilten tuberc. Zungengeschwür vor. Pat. war vor 2 Monaten wegen eines

Zungengeschwürs in's Hospital aufgenommen. Die Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückchens ergab die Anwesenheit von Tuberkelbacillen. Pat. wurde gut genährt und erhielt innerlich Leberthran, wobei das Gesschwür sich reinigte und dann vollkommen verheilte mit Hinterlassung einer knorpelharten Narbe, die sich in die Tiefe des Zungengewebes erstreckte. Ein am Rande der Narbe ausgeschnittenes Stück enthielt Riesenzellen. In Folge dessen will S. den Process noch nicht als geheilt betrachten. LUNIN.

77) **J. Wighaworth. Tuberculöses Geschwür der Zunge. (Tubercular ulcer of the tongue.)** *Liverpool Medico-Chir. Journal. Januar 1892.*

Demonstratien des pathologischen Präparats und verschiedener Zeichnungen. P. M'BRIDE.

78) **N. Senn. Tuberculose der Zunge. (Tuberculosis of the tongue.)** *Internat. Med. Magazine. April 1892.*

Ein klinischer Vortrag. S. räth, zuerst die Infectionspforte durch Cauterisirung der Zungenoberfläche mit dem Paquelin zu zerstören und dann der Bahn der Bacillen mittelst Injectionen von Jodoform-Emulsion zu folgen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

79) **G. Naumann** (Stockholm). **Zungen- und Kehlkopftuberculose; Exstirpation der Zunge. (Tuberculosis linguae et pulmonum, Exstirpatio linguae.)** *Hygiea. 1892. p. 48.*

Ein Paar Monate nach der Operation ist die Patientin (eine 57jährige Frau) an ihrer allgemeinen Tuberculose gestorben. SCHMIEGELOW.

80) **Du Castel. Die Diagnostik der Syphilide der Zunge. (Diagnostic des syphilides de la langue.)** *Union médicale. 1892. No. 17. p. 193.*

Bemerkungen zur Differentialdiagnose zwischen dem Schanker, dem Fleck der Raucher, der Leucokeratose, der Ichthyosis, der superficiellen Glossitis, dem Herpes und der tuberculösen Glossitis. J. BARATOUX.

81) **M. Scheier. Ueber Zungencarcinom.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1892. No. 24.*

An Hand eines auf der Abtheilung des Herrn Körte beobachteten Falles und unter Zugrundelegung von 17 aus der Literatur gesammelten Fällen begründet Sch. Vorkommen, Aetiologie, klinische Erscheinungen, Diagnose und Therapie des Leidens. LANDGRAF.

82) **Jonathan Hutchinson** (London). **Chirurgie der Zunge. (Surgery of the tongue.)** *Liverpool Medico-Chir. Journal. Januar 1892.*

In einem in der Liverpool Medical and Surgical Institution gehaltenen Vortrage behandelt H. obiges Thema vom rein chirurgischen Standpunkte. Nur hier und da finden sich Punkte, die auch dem Hals-Specialisten Interesse bieten. So kann die secundäre Drüsenschwellung nach H. an jeder der folgenden Stellen vorkommen: 1. am gewöhnlichsten am Mundboden; 2. unter dem vorderen

Rande des oberen Drittels des Sternocleimastoideus; 3. hinter dem Warzenfortsatz und dem obersten Theile des Kopfnickers.

Parker, Paul, Alexander, Taylor, Crawford Harrison und der Vorsitzende (Mitchell Banks) betheiligten sich an der dem Vortrag folgenden Discussion.

P. MC BRIDE.

83) **N. B. Dandridge. Die Chirurgie der Zunge. (The surgery of the tongue.)** *Med. News. 11. Juni 1892.*

In dem in der Amerik. Chirurgischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage bespricht D. besonders die Frage des operativen Eingriffs bei maligner Erkrankung und die verschiedenen Methoden der Operation die von Whitehead, Morrant Baker, Kocher und Volkmann angegebenen Methoden finden Erwähnung. Es folgt eine Discussion.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

84) **W. Arbuthnoth Lane** (London). **Eine Modification der Operationsmethode bei partieller oder completer Excision der Zunge. (A modification of the operation of partial or complete excision of the tongue.)** *Lancet. 11. Juni 1892.*

Verf. berichtet über seine Operationsmethode, deren Besonderheit darin besteht, dass er die Schnittränder der Schleimhaut des Zungenrückens auf das Sorgfältigste mit dem Rand der Mundbodenschleimhaut vernäht, so dass nirgends eine rauhe, von Schleimhaut nicht bedeckte Fläche zurückbleibt. Verf. rühmt der Methode nach, dass sie die Schmerzen und Beschwerden vermindert, die Secretion beschränkt und dementsprechend auch die Gefahr pneumonischer Störungen herabsetzt. Verf. theilt zwei Fälle mit, die er nach seiner Methode behandelt hat.

MACKENZIE-JOHNSTON.

85) **Moure. Hypertrophie der Mandeln. (Hypertrophie des Amygdales.)** *Journal med. de Bordeaux. 13. März 1892.*

Vorstellung eines Pat., dem Verf. die Mandeln exstirpirt hat; und zwar die eine gestielte mittelst der galvanischen Schlinge, die andere weniger hervorspringende mittelst Ignipunctur.

E. J. MOURE.

86) **J. Wright. Behandlung der Hypertrophie der Tonsillen. (Treatment of tonsillar hypertrophy.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 12. Mai 1892.*

W. findet im Surgeon General's Office in 25 Jahren 31 Fälle von schweren Blutungen nach Tonsillotomie verzeichnet. Zwei Fälle betrafen Kinder, das eine ein hämophiles, das andere mit einem abnormen Verlauf der A. carotis interna. Zwanzig Fälle betrafen Leute von 18 Jahren und darüber. W. spricht sich gegen eine Tonsillotomie bei allen Patienten über 18 Jahren aus.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87) **T. Mark Hovell** (London). **Blutung nach der Tonsillotomie. (Haemorrhage following tonsillotomy.)** *Brit. Med. Journal. 21. Mai 1892.*

88) **R. Alex Shannon** (Kent). **Dasselbe.** *Brit. Med. Journal. 21. Mai 1892.*

In einer kurzen Bemerkung schildert Hovell eine Behandlungsmethode, die er als sehr wirksam in mehreren Fällen von schwerer Blutung nach der Ton-

sillotomie erprobt hat. Er nimmt 1 Theil Acid. gallic. auf 3 Theile Ac. tannicum und knetet daraus mit ein paar Tropfen Wasser eine steife Paste zusammen. Ein kleines Stück von dieser wird mit dem Finger fest auf die blutende Fläche aufgerieben.

Shannon berichtet über 2 Fälle von Blutungen. Er ist der Ansicht, dass man dem Pat. nach der Tonsillotomie nicht erlauben sollte zu arbeiten, sondern dass derselbe sich ruhig halten und eine Zeit lang unter Beobachtung bleiben sollte.

MACKENZIE-JOHNSTON.

89) **Bilton Pollard** (London). **Ueber die Enucleation vergrösserter Tonsillen und die Blutungen nach der Tonsillotomie. (On the enucleation of enlarged tonsils and on haemorrhage following tonsillotomy.)** *Brit. Med. Journal. 4. Juni 1892.*

Verf. empfiehlt die Enucleation der Tonsille mit dem Finger für die Fälle, in denen die Guillotine nicht leicht anzulegen ist. Er hält diese Methode für schnell wirksam und fast blutlos. Wo eine Blutung nach der Tonsillotomie eintritt, hält er es für angebracht, die blutende Stelle zu suchen und das Gefäss zu unterbinden, anstatt zu so ernsten Operationen wie die Ligatur der Carotis zu greifen. Er bezieht sich auf einige Fälle, in denen er selbst durch glückliche Unterbindung des blutenden Gefässes die Blutung zum Stehen gebracht hat.

MACKENZIE-JOHNSTON.

90) **Andrew Battrey** (Portobello). **Blutung nach Tonsillotomie. (Haemorrhage following tonsillotomy.)** *Brit. Med. Journal. 11. Juni 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber erwähnt R. einen Fall von sehr schwerer Blutung, in dem es ihm gelang, die Blutung zu stillen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

91) **W G. Nash** (Bedford). **Blutung nach der Tonsillotomie bei einem Bluter. (Haemorrhage following tonsillotomy in a bleeder.)** *Brit. Med. Journal. 18. Juni 1892.*

Bei einer 21jährigen Wärterin trat eine starke und anhaltende Blutung nach der Tonsillotomie ein, die ohne Kenntniss der Thatsache ausgeführt worden war, dass die Pat. an hämorrhagischer Diathese litt. Alle Versuche, die Blutung zum Stehen zu bringen, scheiterten, es trat Syncope ein und der Exitus schien bevorzustehen. Es wurden schliesslich grössere Mengen warmer Salzlösung ins Rectum eingegossen: der Puls kehrte darauf wieder, die Blutung stand und trat auch später nicht noch einmal ein.

MACKENZIE-JOHNSTON.

92) **A. Herbert Butcher** (Birkenhead). **Neues Tonsillotom. (New tonsillotome.)** *Lancet. 4. Juni 1892. Brit. Med. Journal. 30. April 1892.*

Beschreibung eines neuen Instrumentes.

MACKENZIE-JOHNSTON.

93) **Robert Baths** (Yersey). **Cysten der Tonsille. (Cysts of the tonsil.)** *Brit. Med. Journal. 28. Mai 1892.*

B. berichtet über einen Fall dieser Art unter Bezugnahme auf Mc. Bride's Arbeit.

MACKENZIE-JOHNSTON.

94) **W. R. H. Stewart** (London). **Cysten in den Tonsillen. (Cysts in tonsils.)** *Brit. Med. Journal. 4. Juni 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber erklärt S., dass er diese Affection nicht für so selten erachten könne, als es in Mc. Bride's Arbeit angenommen werde.

MACKENZIE-JOHNSTON.

95) **E. C. Baber. Lymphom der Tonsillen. (Lymphoma of the tonsils.)** *Arch. of Otology. April 1892.*

Verf. berichtet den Fall eines 14jährigen Mädchens, bei dem die Tonsillen augenscheinlich hypertrophisch waren; dieselben wurden excidirt; sie wuchsen jedoch bald wieder und erreichten sehr erhebliche Dimensionen, so dass sie schwere Dyspnoe verursachten. Die Pat. starb schliesslich an Pneumonie. Die frühe Betheiligung entfernter Drüsen sowohl, wie der doppelseitige Charakter der Affection wiesen auf eine constitutionelle Störung hin und mussten jeden Versuch einer radicalen Entfernung der Tumoren von vornherein ausschliessen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) **B. F. Curtis. Maligne Geschwulst der Tonsille und des Rachens. (Malignant tumor of the tonsil and pharynx).** *Internat. Med. Magasine. Juli 1892.*

Eine klinische Vorlesung anknüpfend an einen Fall dieser Art.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

d. Diphtheritis und Croup.

97) **G. C. Ashman. Bericht des Comités für die Erforschung der Ursache der Diphtherie und ihrer Verhütung. (Report of committee on the cause and prevention of diphtheria.)** *Am. Public Health Ass. Report. 1890. Vol. 10. p. 151.*

Nicht zugänglich.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **Spronck** (Utrecht). **Die Invasion des Klebs-Löffler'schen Diphtheriebacillus in die Unterhaut des Menschen.** *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie. 1. 1892.*

Spr. fand bei der Section von 3 Kinderleichen mit Tracheotomie wegen Diphtherie ein entzündliches Oedem des subcutanen Binde- und Fettgewebes des Halses mit Diphtheriebacillen.

Wahrscheinlich ist das Eindringen der Bacillen in die Maschen des subcutanen Bindegewebes des Halses keine seltene Folge der Tracheotomie bei Diphtherischen.

SEIFERT.

99) **X. Diphtheritische Infection von Tracheotomie-Wunden. (Diphtherial infection of tracheotomy wounds.)** *Lancet. 2. Januar 1892.*

Die Notiz behandelt die vorstehende Arbeit von Spronck über ein von ihm beobachtetes und anderweitig bisher nirgends erwähntes Vorkommniss. Dasselbe

besteht in einem entzündlichen Oedem des subcutanen Binde- und Fettgewebes rund um die Tracheotomiewunde, das durch die Invasion von Diphtheriebacillen bedingt ist. Die Bedeutung dieses Befundes liegt in der weiteren Gefahr einer schnellen Resorption der toxischen Substanzen, welche die im Unterhautgewebe liegenden Bacillen produciren. MACKENZIE-JOHNSTON.

100) **J. W. D. Evelyn. Postdiphtherische Lähmung. (Post-diphtheritic paralysis.)** *Med. and Surg. Reporter. 28. Mai 1892.*

Verf. vertritt die Theorie, dass die Lähmungserscheinungen primär veranlasst werden durch ein pathologisches Agens — ein Ptomain — das von den specifischen Erregern der Diphtherie erzeugt wird; dadurch wird zuerst eine tiefgehende functionelle Störung herbeigeführt, schliesslich aber gewinnt letztere eine von ihrer Ursache unabhängige Activität. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **T. B. F. Erninson** (Scotter). **Diphtheritis und wahrer Croup. (Diphtheria and true croup.)** *Brit. Med. Journ. 28. Mai 1892.*

Nichts Bemerkenswerthes. MACKENZIE-JOHNSTON.

102) **Sitzungsbericht. Discussion über die specifische Behandlung der Diphtherie. (Discussion sur le traitement spécifique de la diphthérie.)** *La Presse méd. Belge. No. 7. 1892.*

Boulengier stellt auf Grund der experimentalen Resultate der Microbiologie als rationelle wissenschaftliche Behandlung der Diphtherie folgende Grundsätze auf:

1. Entfernung der falschen Membranen.
2. Verhinderung der Resorption der Toxalbumine, Instituirung einer entsprechenden eliminirenden Behandlung derselben und Neutralisirung der schon absorbirten.
3. Microbicide Behandlung der Diphtheriebacillen.
4. Verstopfen der Quellen für Complicationen und secundäre Infectionen.

Darauf geht er auf die einzelnen Punkte der Behandlung ein.

Wodon, Lebrun, Charlier, Debaisieux und Andere ventiliren die Frage der localen oder innerlichen Behandlung und besprechen den Werth der verschiedenen Behandlungsweisen. BAYER.

103) **Höring** (Stuttgart). **Zur Behandlung der Diphtherie.** *Memorabilien. XXXVI. 6. 1892.*

H. hat gute Erfolge erzielt mit folgender Behandlung:

Abtrocknen der Fauces mit einem auf ein Holzstäbchen gewickelten Wattebäuschchen und dann Betupfen der diphtherischen Stellen mit einem in concentrirter Lösung von Methylviolett (3 : 100 Aq.) getauchten Wattebäuschchen. Die Membranen sollen schon nach der 2. oder 3. Pinselung kleiner werden, die Schmerzen in den Ohren und beim Schlingen rasch verschwinden. SEIFERT.

104) **Larcher. Note über die Angina diphtheritica, speciell ihre Behandlung mit Petroleum. (Note sur l'angine diphtéritique et en particulier sur son traitement par le petrole.)** Acad. Méd Belg Séance du 27. Fevr. 1892. — *La Clinique. No. 12. 1892.*

1. Das rohe Petroleum allein für sich gegurgelt oder eingepinselt kann die Heilung der Diphtheritis sicher stellen.
2. Seine Anwendung ist mit keiner Unannehmlichkeit verbunden, welche vor seinem Gebrauche abschrecken könnte.
3. Man kann es im Verein mit andern Mitteln anwenden, wie Salicylsäure, Carboldämpfe, welche man genau auf die erkrankten Partien einwirken lässt.
4. Die Dauer der Behandlung schwankt zwischen 8 und 18 Tagen und in keinem Falle konnten diphtheritische Complicationen sowohl von Seiten des Larynx als anderswo, wie etwa Lähmung des Gaumensegels beobachtet werden; nur einmal entstand eine leichte Blindheit von kurzer Dauer! BAYER.

105) **E. N. Stuart. Behandlung des membranösen Croup und der Kehlkopfdiphtherie. (Treatment of membranous croup and laryngeal diphtheria.)** *Omaha Clinic. April 1892.*

Verf. empfiehlt Natriumjodid 0,35—0,7 stündlich. Er verfügt über 12 so behandelte Fälle, von denen 6 gesund wurden. W. J. SWIFT (LEFFÉRTS).

106) **J. H. Bloodworth. Bemerkungen über die Behandlung der Diphtherie mit Wasserstoffperoxyd. (Notes on treatment of diphtheria by hydrogen peroxide.)** *Therapeutic Gazette. 16. Mai 1892.*

Wenn die Statistik zuverlässig ist, ist der Verlauf der Diphtherie durch die Anwendung von Hydrogenperoxyd im Verein mit tonischen Mitteln und Bettruhe sehr günstig beeinflusst worden; Verf. theilt 3 Fälle genauer mit.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

107) **Marchal. Gelegentlich einer Tracheotomie. (A propos d'une trachéotomie.)** *Arch. méd. Belges. Févr. 1892. La Presse méd. Belge. 22. 1892.*

Tracheotomie bei einem 4jährigen Mädchen wegen pseudomembranösen Croups; diese Diagnose wurde gestellt, weil im Pharynx absolut keine Pseudomembranen zu entdecken waren. Verlängerung des Lebens um einige Stunden. Neues Athemhinderniss tiefer als Larynx. Pseudomembranöse Bronchitis, welche unmöglich durch Auskultation hätte diagnosticirt werden können. BAYER.

108) **Hagen** (Berlin). **Ueber den Croupschnitt bei Säuglingen.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 33. Bd. 2. u. 3. 1892.*

In Bethanien unter Prof. Rose's Leitung wird ein jedes Croupkind tracheotomirt, man ist dort zur Ueberzeugung gekommen, dass die Tracheotomie bei Säuglingen dieselbe Berechtigung hat, wie bei älteren Kindern. In 2 Fällen, in welchen es sich um 4 $^1/_2$ resp. 4 Monate alte Kinder handelte, waren als auf-

fallende Krankheitserscheinungen resp. Todesursachen mehr oder weniger heftig auftretende Krämpfe constatirt, in denen die Kinder zu Grunde gingen. Bei dem 1. Falle ergab die Section eine Lepto-Meningitis serosa, im 2. Falle wurde die Section verweigert. SEIFERT.

109) C. A. Powell. **Zwei Tracheotomien bei einem Patienten. (Two tracheotomies in the same Patient.)** *St. Louis Med. and Surg. Journal. April 1892.*

Der Pat. war ein Kind von 4 Jahren; die Tracheotomie wurde wegen Kehlkopfdiphtherie vorgenommen; die Canüle wurde nach 3 Wochen entfernt und das Kind schien ganz wohl. Zwei Wochen darauf wurde das Kind von einer Dyspnoe befallen, die allmählich zunahm. Die ursprüngliche Oeffnung in der Trachea war ganz von Granulationsgewebe ausgefüllt, welches nach vorn $^1/_2$ Zoll überragte und muthmasslich auch nach hinten in demselben Maasse gewuchert war. Es wurde zum zweiten Male tracheotomirt und das Kind hustete danach grosse Stücke von diphtheritischen Membranen aus. P. spricht diesen zweiten Anfall als ein Recidiv der Krankheit an. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) Böger (Osnabrück). **Mittheilungen aus der chirurgischen Praxis.** *Centralbl. f. Chirurgie. 11. 1892.*

Von 103 in den letzten 4 Jahren wegen Diphtherie und Croup und 1 Mal wegen Lymphosarkom der Halsdrüsen ausgeführten Tracheotomien wurden 44 geheilt. In ca. 80 Fällen wurde die Tracheotomia inferior gemacht.

SEIFERT.

111) Mayer. **Die operative Behandlung der Diphtherie in Fürth 1874—1892.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 14. 1892.*

Die Zahl der Operirten betrug 316, davon 166 Knaben, 139 Mädchen (= 305? Red.); geheilt wurden 103.

Die Resultate bei 1—1$^1/_2$jährigen Kindern waren relativ sehr gut, es trat in 22pCt. Heilung ein.

Operirt wurde meistens erst im Stadium der Asphyxie; da die Eltern die Operation in einem früheren Stadium nicht zugaben. Die Tracheotomia inferior fand Mayer in $^1/_3$ der Fälle sehr leicht, sonst aber sehr schwer.

In der Nachbehandlung ersetzt Mayer die Inhalationen durch feuchte Luft im Krankenzimmer, Bedecken der Canüle mit feuchter Gaze. Als Desinficiens empfiehlt Verf. die Rotter'schen Pastillen; innerlich giebt er Hydrarg. cyanat. Die Intubation kann Verf. nicht empfehlen, ausser bei schwieriger Entfernung der Canüle. Die Details müssen im Originale nachgelesen werden.

SCHECH.

112) H. E. Russell. **Ist die Tracheotomie bei Croup und Diphtherie rathsam? (Is tracheotomy advisable in croup and diphtheria?)** *North. Am. Journal of Homoeopathy. Februar 1892.*

R. giebt der Hoffnung Ausdruck, dass es nicht mehr lange Jahre dauern wird, bis man die Tracheotomie nicht mehr als ein Heilmittel bei Croup und Diphtherie ansieht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Intubation des Kehlkopfs bei Kehlkopfdiphtherie nebst Bericht über 15 Fälle. (Intubation of the larynx in laryngeal diphtheria with notes of fifteen cases.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1892.*

Der Autor beginnt mit einer Beschreibung der Methode der Intubation nach O'Dwyer und reiht daran einen Bericht über eine Reihe von Fällen, in denen er die Intubation selbst ausgeführt hat. Diese Fälle beleuchten die Nothwendigkeit einer sorgfältigen Einführung und Anpassung der Tube; sie zeigen, unter welchen Bedingungen die Tube sofort wieder herausgezogen, untersucht und eventuell wieder eingelegt werden muss; ausführlich werden schliesslich die verschiedenen Zufälle erörtert, die bei der Anwendung dieses Verfahrens vorkommen können. Im Falle I wird der Vortheil der Intubation vor der Tracheotomie in diesem besonderen Falle erörtert und bei Besprechung von Fall V macht der Verf. die entgegengesetzte Ansicht geltend für Fälle, in denen eine grosse Membran am Eingang des Kehlkopfs sitzt. REGINALD HORSLEY (MC BRIDE).

114) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Intubation des Kehlkopfs etc. Fortsetzung. (Intubation of the larynx in laryngeal diphtheria with notes of fifteen cases. Continued.)** *Edinburgh Med. Journ. Februar 1892.*

Der Autor berichtet über eine weitere Reihe von Fällen, in denen er intubirt hat, er bespricht dabei die Schwierigkeiten und Gefahren, die das Einführen und das Herausziehen der Röhre mit sich bringt; was die letztere selbst anlangt, so betont er nachdrücklichst die Nothwendigkeit gewisser Abänderungen der O'Dwyer'schen Methode und Instrumente.

REGINALD HORSLEY (MC BRIDE).

115) **G. H. Mackenzie** (Edinburgh). **Intubation des Kehlkopfs bei Kehlkopfdiphtherie; Bericht über 15 Fälle. (Intubation of the larynx in laryngeal diphtheria with notes of fifteen cases.)** *Edinburgh Med. Journ. April 1892.*

Eine Fortsetzung der früher referirten Arbeit; etwas Besonderes oder Neues ist nicht zu erwähnen. P. MC BRIEDE.

116) **G. H. Mackenzie** (Edinburgh). **Die Intubation des Kehlkopfs bei Kehlkopfdiphtherie nebst Bericht über 15 Fälle. (Intubation of the larynx in laryngeal diphtheria with notes of fifteen cases)** *Edinburgh Med. Journ. Mai 1892.*

Nichts Neues; der Artikel bildet die Fortsetzung einer Reihe von Mittheilungen des Verf.'s über diesen Gegenstand. P. MC BRIDE.

117) **Hartmann** (Zürich). **Ueber Behebung der Larynxstenosen nach O. Dwyer's Intubationsmethode.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 4. 1892.*

Beobachtungen eines reisenden Arztes an der Universitätskinderklinik in München während 2 Monaten an 50 wegen Diphtherie Intubirten. Der vielleicht etwas zu begeisterte Schreiber gelangt zu folgenden Schlusssätzen:

Bei Kehlkopfstenose soll, sowie Pseudocroup ausgeschlossen ist, die Intubation frühzeitig ausgeführt werden. Der Eingriff ist unschädlich, man kann dabei nur gewinnen.

Wenn irgend möglich, soll keine Tracheotomie vorgenommen werden, ohne dass sich die Intubation als unzureichend erwiesen hat. JONQUIÈRE.

118) **Kempner. Ein Fall von Diphtheritis mit Intubation des Kehlkopfs. (Case of diphtheria with intubation of the larynx.)** *Journ. Med. Society of Arkansas.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) **Moll. Meine Erfahrungen über die Intubation nach O'Dwyer. (Mon expérience sur l'intubation d'après O'Dwyer)** *Rev. de Laryngol etc. Paris 1891. XI. 609—616.*

Verf. hat seit 2 Jahren 103 Fälle von Kehlkopfstenosen zumeist diphtheritischen Ursprungs behandelt. In 92 Fällen hat er die Intubation gemacht, und dabei 37 Heilungen erzielt, was einen Procentsatz von 40,2 ausmacht. Die Leichtigkeit der Operation und ihre guten Resultate sprechen zu Gunsten dieses Eingriffs. E. J. MOURE.

120) **C. B. Schoolfield. Bericht über eine Anzahl Tracheotomien und Intubationen. (Report of a series of tracheotomies and intubations.)** *Lancet-Clinic. 15. April 1892.*

Im ganzen 10 Fälle; alle Fälle von diphtheritischem Croup, die tracheotomirt wurden, starben, während die intubirten durchkamen. Diese Differenz ist auf zwei Punkte zurückzuführen: Einmal ist der Shok, wie gering er auch ist, ein bedeutsamer Faktor; und zweitens eröffnet die Incision wieder neue Infectionspforten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

121) **Krönlein-Schlatter** (Zürich). **Tracheotomie und Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 5 und 6. 1892.*

Arbeit aus der chirurgischen Klinik in Zürich. In den Jahren 1881—91 wurden daselbst unter 510 Croupfällen 408 tracheotomirt mit einem Heilungsresultat von 39 pCt. Diesen grossen Zahlen gegenüber stehen 34 Fälle von Intubation (Dez. 89—Dez. 91), von welchen 15 geheilt wurden. Von diesen fällt einer halb auf Rechnung der secundären Tracheotomie, welche im Ganzen in 10 von den intubirten Fällen ausgeführt werden musste, so dass der Intubation ca. 43 pCt. Heilungen zugestanden werden konnten. So ungleiche Grundzahlen können natürlich, abgesehen von all den übrigen Verschiedenheiten der Verhältnisse von Fall zu Fall, gar nicht verglichen werden. Die chirurgische Klinik zu Zürich spricht sich also entschieden zu Gunsten der Tracheotomie aus. Die Verff. führen immerhin folgende Vorzüge der Intubation an, die sie aber gleichzeitig wieder einschränken.

1. Die Vermeidung eines blutigen operativen Eingriffs; die Unbeliebtheit eines Verfahrens beim Publikum kann jedoch nach Verff. für die Beurtheilung der Leistungsfähigkeit desselben nicht maassgebend sein, oder wenigstens nur insofern, als das Publikum die Operation im speciellen Falle verbieten kann.

2. Die Intubation erfordert weder Narkose, noch (— für den Augenblick! —) geschulte Assistenz.

3. Die Intubation ist rascher und in vielen Fällen leichter auszuführen; wird von den Verff. für manche Fälle bestritten.

4. Die Athmungsluft geht nach der Intubation ihren gewöhnlichen Weg und behält ihre Wärme und Feuchtigkeit bei. Sie streicht dagegen über die inficirten oberen Luftwege hinweg und ermöglicht dadurch die Uebertragung der Keime in die tieferen Infectionswege.

5. Die in günstigen Fällen durchschnittlich kürzere Heilungsdauer.

Als schwerwiegende Nachtheile der Intubation haben Vff. kennen gelernt:

a) Die grosse Schwierigkeit der Nachbehandlung. Das tracheotomirte Kind kann ruhiger einer Wärterin überlassen werden, während bei dem intubirten üble Zufälle jeden Augenblick die Anwesenheit des Arztes erheischen können, und jeden Augenblick die Tracheotomie in Frage kommen kann. Die Intubation passt also nur für Spitäler und zwar solche, in denen ein Arzt sich beständig aufhält und wohnt.

b) Die Ernährungsstörungen. Die intubirten Kinder kommen daher nach Verff. rascher herunter als die Tracheotomirten und überstehen die Krankheit dadurch weniger leicht. — Gerade dies wird von den Freunden der Intubation in neuerer Zeit immer mehr bestritten, da die Methode sich vervollkommne.

c) Die geringere Wegsamkeit des Tubus für Luft und Membranen und der Wegfall jeglichen directen Eingriffs in die Trachea behufs Extraction und Aspiration von Häuten.

Verff. fassen die Erfahrungen der Züricher Klinik in folgenden Sätzen zusammen:

Die souveräne Methode für die Behandlung der diphtheritischen Larynxstenosen ist und wird voraussichtlich auch bleiben: die Tracheotomie.

Die Intubation führt in einer Reihe von geeigneten Fällen in vielleicht kürzerer Zeit und weniger eingreifender Weise ebenfalls zum gleichen Ziele. Diese Fälle müssen aber sorgfältig ausgewählt werden und der Anwendungskreis muss in engen Grenzen liegen.

Als günstig für die Intubation sind Krankheitsprocesse zu erachten, die sich nur auf die für den Tubus zugänglichen Theile erstrecken. Findet man also, dass nach einem Intubationsversuch die Athmung nicht vollständig frei wird oder progredirt der diphtheritische Prozess im weiteren Verlauf nach unten fort, so darf mit der secundären Tracheotomie nicht gewartet werden.

Es giebt Fälle, die überhaupt nur der Tracheotomie zugänglich sind: Glottisödem, Sitz der Stenose in den tieferen Luftwegen.

Glänzende Erfolge kann die Intubation in der Behandlung chronischer Stenosen aufweisen, besonders bei Granulationen nach Tracheotomie.

Als Folge bleibt, dass die prognostisch günstigsten Fälle der Intubation zufallen und die Mortalität der der Tracheotomie zufallenden Kinder bei Anwendung beider Methoden in Zukunft eine noch grössere sein wird.

Eine vergleichende Statistik ohne Berücksichtigung dieser Momente ist daher ebenso unwissenschaftlich wie werthlos.

Wenn also auch (Ref.) die beiden Methoden, weil offenbar für verschiedengradige Krankheitsprocesse indicirt, künftig je länger je weniger mehr mit ein-

ander verglichen werden können, so scheint sich doch auch nach vorliegender mehr entgegenstehender Arbeit die Intubation eine feste Stelle in der Behandlung der Kehlkopfdiphtheritis erobert zu haben, abgesehen von ihrer Nützlichkeit bei chronischen Kehlkopfstenosen. JONQUIÈRE.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

122) **T. H. Stucky. Die Laryngologie. — Ein Bericht. (Laryngology — a report.)** *Am. Practitioner and News. 4. Juni 1892.*

Nichts Originelles. — Ein besonders Augenmerk hat S. beim Sammeln von Material für seinen Bericht auf die zunehmende Abneigung gegen die Tracheotomie und auf den Ersatz derselben durch die leichtere und sicherere Operation der Intubation gerichtet. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **T. P. Anderson Stuart** (Sydney). **Zum Mechanismus des Kehlkopfschlusses. (On the mechanism of the closure of the larynx.)** *Lancet. 2. April 1892.*

In einer vorläufigen Mittheilung vor der Royal Society zeigt Verf., dass der Kehlkopf geschlossen wird 1. durch eine Entfaltung des Randes des Kehlkopfeinganges und eine Verschliessung des Lumens des Vestibulum vom Eingang abwärts bis zur Höhe der Glottis und 2. durch Nach- Oben- und Vorn-Heben des gesammten Kehlkopfes gegen die Zungenbasis, einen Process, an dem die Epiglottis betheiligt ist, ohne eine active Rolle zu spielen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

124) **Gordon Holmes** (London). **Acuter Kehlkopfcatarrh. (Acute catarrh of the larynx.)** *Lancet. 6. u. 13. Febr. 1892.*

Eine Uebersicht über die Litteratur dieser Krankheit von den frühesten Zeiten bis auf den heutigen Tag. MACKENZIE-JOHNSTON.

125) **Emmett Holt** (New York). **Schwere catarrhalische Laryngitis: Intubation; Bronchitis: Heilung. (Severe catarrhal laryngitis: intubation; bronchitis: recovery.)** *Archiv of pediatrics. Febr. 1892.*

Bericht über einen Fall, in dem die Laryngitis nach einer ganz bestimmten Erkältung eintrat; die Dyspnoe war so stark, dass nur durch die Intubation ein fataler Ausgang zu umgehen war. Das Kind war 8 Monate alt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

126) **Kanasugi. Laryngitis nach Quecksilberjodid. (Laryngitis from jodide of mercury.)** *N. Y. Med. Record. 4. Juni 1892.*

Der Verf. berichtet über einen Fall von plötzlicher acuter Laryngitis nach dem Gebrach von Calomel-Insufflationen und gleichzeitiger interner Jodkaliumdarreichung. In der Nacht nach der ersten Calomelapplication trat plötzlich Heiserkeit und Athemnoth ein, die Phonation machte starke Schwierigkeiten. Es fand sich ein Oedem des Epiglottis und der Aryknorpel, während einige Partien

der Schleimhaut im Kehlkopfinnern gerade so aussehen, als ob sie mit Sibernitrat behandelt wären. Die oben genannten Mittel wurden ausgesetzt und das Oedem verschwand. LEFFERTS.

127) **W. L. Mussey. Ein wahrscheinlicher Fall von Kehlkopfoedem. (Probable case of oedema of the larynx.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 9. Jan. 1892.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

128) **J. H. Bryan. Acutes Oedem des Kehlkopfs mit Bericht über einen durch Pyaemie verursachten Fall. (Acute Edema of the larynx with the report of a case resulting from pyemia.)** *Phil. Med. News. 6. Febr. 1892.*

Als These eingereicht und angenommen von der Aufnahme-Commission der American Laryngological Association gelegentlich der 13. Jahresversammlung (13. September 1891).

Die These ist ausführlich und sorgfältig durchgearbeitet und besonders in ihren zahlreichen bibliographischen Hinweisen anerkennenswerth; etwas Neues bietet sie natürlich nicht, wie dies auch gar nicht in des Verf.'s Absicht liegt.

LEFFERTS.

129) **Betz** (Heilbronn). **Zur Aetiologie und Behandlung des Larynxoedems.** *Memorabilien. XXXVI. 4. 1892.*

Bei einem 55jährigen Mann, der in schwerem Coma und laryngealem Stridor in Behandlung kam, brachten Pilocarpininjectionen einige Erleichterung der laryngealen Dyspnoe. Bei der Section fanden sich die Seitenlappen hinter der Schilddrüse zusammengewachsen. B. glaubt einige Momente für die Diagnose dieser Veränderung gefunden zu haben.

Es war nämlich der Kehlkopf auffällig prominent, hochstehend und bewegungslos. Wenn nun der Kehlkopf nicht durch eine vordere Struma fixirt ist, die Seitenlappen abtastbar sind und vorne kein Symptom für die Immobilisirung des hochstehenden und fest an das Zungenbein angepressten Kehlkopfes bemerkbar ist, so erscheint es wahrscheinlich, dass der Kehlkopf durch ein hinteres Verwachsensein mit der Schilddrüse fixirt ist. SEIFERT.

130) **D. Morton. Die Kehlkopfgrippe. (La Grippe of the larynx.)** *Med. Herald. Juni 1892.*

Die Laryngitis bei Influenza ist ihrer Natur noch ganz besonders schwer; die Heiserkeit bei derselben setzt der Therapie sehr grossen Widerstand entgegen und Rückfälle von Dysphonie sind recht häufig. Die Behandlung muss in breiter Weise eine constitutionelle sein. W. J. SWIFT (LEFFERT).

131) **Tymowki. Die Behandlung der Kehlkopfgeschwüre mit Resorcin. (Du traitement des ulcérations du larynx par la resorcine.)** *Soc. de Médecine de Nice. 5. Febr. 1892. Revue internat. de rhinologie, otologie et laryngoscopié. No. 3.*

Verf. nimmt die Einpinselungen von Resorcin erst vor, wenn die entzündlichen Symptome bereits verschwunden sind; er verwendet dann eine Lösung von 80 pCt. Die Application derselben macht keinen Schmerz. Sehen die Geschwüre

schlecht aus, schmierig, kraterförmig etc., so soll man nach Verf.'s Angabe eine übersättigte Lösung benutzen (120 pCt.) E. J. MOURE.

132) **Rothmann. Demonstration der Präparate eines Falles eigenartiger Ulcerationsbildung im Larynx.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 4.*

Die Natur der Ulcerationen blieb unklar. Vielleicht Syphilis complicirt mit Influenza. Anatomische Untersuchung vorbehalten. LANDGRAF.

133) **Havilland Hall** (London). **Erysipel des Rachens und Kehlkopfs. (Erysipelas of the pharynx and larynx.)** *Brit. Med. Journ. 27. Febr. 1892.*

Vortrag gehalten in der Abtheilung für Innere Medicin auf der Jahresversammlung 1891 der British Med. Association. Der Redn. gab eine vortreffliche Uebersicht über den Gegenstand unter besonderer Berücksichtigung der Anschauungen von Massei, welcher sich kürzlich über die Frage geäussert hat. Redn. berichtete auch eingehend über einen Fall, den er selbst behandelt hat; derselbe nahm seiner Ausgang in Genesung, trotzdem die Temperatetur einmal 41,0° erreicht hatte. MACKENZIE-JOHNSTON.

134) **R. E. Scholefield** (London). **Ein Fall von Herpes des Kehlkopfs. (Case of herpes of the larynx.)** *Lancet. 30. Januar 1892.*

Der Pat., ein 41 jähriger Arbeiter, war plötzlich mit Dyspnoe, Schluckbeschwerden und nervöser Aufregung erkrankt. Seine Temperatur betrug 39,5°, Puls 116, Athmung 25 in der Minute, schmerzhaft. Der linke Aryknorpel und die Plica ary-epiglottica waren stärker geröthet, als normal und stellten eine Masse von der Grösse und Gestalt einer grossen Erbse dar. Die Oberfläche derselben war stark geröthet, ganz glatt und glänzend, wie bei einem Polypen oder polypoider Degeneration der Schleimhaut. Im Uebrigen war der Kehlkopf normal. Die wahre Natur dieser Geschwulst wurde nicht gleich erkannt; erst als zwei Tage danach Herpesbläschen an der Nase und Lippen erschienen, war die Natur des Falles klar. Die Blase in Larynx veränderte ihre Farbe bis zum Gelb, dann barst sie, worauf die Symptome zurückgingen. Der Mann konnte nach wenigen Tagen entlassen werden, der Herpes war abgeheilt, der Larynx normal.

MACKENZIE-JOHNSTON.

135) **Edmund Meyer. 2 Fälle von Pachydermia verrucosa laryngis.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 19.*

1. Pat. von 53 Jahren, seit 2 Jahren Heiserkeit, seit 3 Monaten Athembeschwerden. Die ganze rechte Kehlkopfhälfte ist von einem kreidig-weissen Tumor eingenommen; derselbe ist von blumenkohlartigem Aussehen und von harter Consistenz. Er überschreitet die Mittellinie erheblich. Die Geschwulst, über welcher das Taschenband sichtbar ist, scheint ihren Ursprung in dem Ventrikel zu haben. Guter Ernährungszustand. Keine Zeichen von Lues oder Tuberculose. Foetor ex ore.

Es gelang, die Geschwulst in 10 Sitzungen mit der schneidenden Zange zu entfernen; ebenso ein nach Monatsfrist aufgetretenes Recidiv. Seit 7 Monaten recidivfrei.

Mikroskopische Untersuchung: Unter einer mächtigen Epithelschicht findet

sich ein bindegewebiges Struma, das papilläre Auswüchse gegen die Oberfläche hinsendet, zwischen welchen grosse, aber durchweg typische, abgegrenzte Epithelzapfen in die Tiefe dringen. Die untersten Lagen des Epithels bestehen aus ziemlich hohen Zellen mit stellenweise reichlichen Kerntheilungsfiguren. Nach der Oberfläche werden die Zellen platter, die obersten Schichten endlich werden von verhornten Plattenepithelien gebildet.

2. Dieser Fall ist identisch mit dem von Bergengrün in Virchow's Arch., Bd. 118, publicirten Fall.

Hintere Larynxwand zeigt halbkugelige Verdickung, die etwa $^3/_4$ cm weit in die Glottis hineinragt. Geschwulst ist von grauweisser Farbe, zerklüfteter Oberfläche mit sehr derber Consistenz. Das rechte Stimmband trägt in seinem hinteren Drittel einen schwach röthlich gefärbten, etwa bohnengrossen Tumor, dessen Beschaffenheit dem an der hinteren Wand befindlichen bis auf die Farbe entspricht. Links findet sich in der Höhe des Ventrikels ein Wulst, das ganze Stimmband ist verdickt, zeigt an seinem hinteren Ende eine Vertiefung.

Bewegungsfähigkeit der Stimmbänder (selbstverständlich? Ref.) bei der starken Verdickung sehr erheblich beschränkt.

Entfernung mit schneidender Zange; Heilung.

Sollte man jetzt nicht mit der Bezeichnung „Pachydermia laryngis" sehr freigebig sein?

LANDGRAF.

136) **Goris. Zwei Fälle von Pachydermie des Kehlkopfs; diffuse und warzenartige; Entfernung 5 solcher Tumoren auf natürlichem Wege. (Deux cas de pachydermie laryngée; diffuse et verruqueuse; extraction par les voies naturelles de cinq tumeurs pachydermiques du larynx.)** *Acad. Méd. Belge. 25. Juin 1892. La Presse Méd. Belge. No. 29. 1892.*

Der Titel genügt.

BAYER.

137) **Kausch. Ueber Pachydermia laryngis.** Aus Seifert's Klinik. *Münchn. med. Wochenschr. No. 29 u. 30. 1892.*

Mittheilung von 11 Fällen, gesunde kräftige Männer im Alter von 30 bis 60 Jahren betreffend; bei 8 fand Ueberanstrengung der Stimme statt, 3 sind starke Raucher und Trinker. In 10 Fällen sitzen die Verdickungen auf dem Proc. vocal., und zwar 8mal beiderseitig. In 3 Fällen handelte es sich um Tuberculose, sodass der Ausdruck Pachydermia tuberculosa wohl gerechtfertigt erscheint.

SCHECH.

138) **Bandler (Prag). Ueber die Beziehungen der Chorditis vocalis infer. hypertrophica (Gerhardt) zu dem Rhinosclerom (Hebra).** *Prager Zeitschr. f. Heilk. 1891. XII. Bd. 1. u. 2. Heft ausgegebvn 15. Januar 1892.*

In dieser sehr lesenswerthen exacten Arbeit bringt B. den historischen, klinischen, histologischen und bakteriologischen Nachweis, dass im Kehlkopfe, in der Trachea und den Bronchien, im Rachen und in der Nase Rhinosklerom mit allen seinen charakteristischen Symptomen auftritt. Er stützt sich dabei besonders auf einen typischen Fall von Chorditis inf. chron., den er nach allen Richtungen genau untersuchte. Daher hält er alle solche Fälle von Chorditis

infer. chron. mit grösster Wahrscheinlichkeit für identisch mit dem Rhinosklerom. Die vielen interessanten Details müssen im Originale nachgelesen werden.

CHIARI.

139) **H. Foster. Submucöse Blutung im Kehlkopf. (Submucous laryngeal hemorrhage.)** *Kansas City Med. Record. Febr. 1892.*

Pat. war 36 Jahre alt, professioneller Sänger. Mitten in der Durchführung seiner Rolle versagte ihm die Stimme plötzlich, er bekam einen Krampfhusten, dem die Expectoration einer Portion Blut folgte. Die Blutung war zwar nicht reichlich, aber anhaltend und von etwa 1stündiger Dauer. Die laryngoskopische Untersuchung zeigte das ganze linke Stimmband und Taschenband mit Blut bedeckt, und nachdem man den Spray auf diese Theile gerichtet, sah man das Blut aus einem Punkte am linken Taschenbande nahe seiner Mitte hervortreten. Es wurden Adstringentien angewendet und Opium und Plumbum aceticum innerlich gegeben. Am nächsten Morgen sprach der Pat. nur mit Schwierigkeiten, die Blutung hatte aufgehört und ein festes Coagulum sich gebildet. Dieses stiess sich am 3. Tage los, und nun sah man ein Blutextravasat in den submucösen Schichten des Taschenbandes. Es vergingen 3 Monate, bis der Pat. wieder singen konnte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

140) **Trekaki. Ein Fall von primärer Kehlkopftuberculose. (Note sur un cas de tuberculose primitive du larynx.)** *Annales de laryngol. Febr. 1892.*

Es handelt sich um einen Mann von 35 Jahren ohne jedes Symptom von Tuberculose seitens der Lungen, der von Kehlkopftuberculose befallen wurde; die Trachea und die Lungen wurden erst in der Folgezeit inficirt. Da der Kranke Syphilitiker war, bespricht Verf. die Schwierigkeit, die die Diagnose auf tuberculöse Kehlkopferkrankung bei einem Syphilitischen mit Tertiärerscheinungen macht.

E. J. MOURE.

141) **Plique. Die Kehlkopftuberculose in der Kindheit. (La tuberculose du larynx dans l'enfance.)** *Annal. des mal. de l'oreille et du larynx. April 1892.*

Nach einigen historischen Bemerkungen über dieses Thema erklärt Verf., dass diese Affection bei Kindern weniger selten ist, als man gemeinhin annimmt, dass sie aber oft inmitten anderer Erscheinungen unbemerkt bleibt, weil die laryngoskopische Untersuchung nicht immer leicht ist. Verf. bespricht hierauf die verschiedenen Symptome der Kehlkopftuberculose beim Kinde; für die Behandlung empfiehlt er Pinselungen mit 50proc. Milchsäure.

E. J. MOURE.

142) **Renvers. Kehlkopftuberculose.** *Münchner med. Wochenschr. No. 15. 1892.*

Behandlung mit Tuberculin, worauf Heilung des Kehlkopfes eintrat, allgemeiner Verfall, Tod.

SCHECH.

143) **Rudolf Keller. Zur Tuberculose der hinteren Larynxwand.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 23, 24, 25. 1892.*

K. studirte an der Hand der Killian'schen Methode die Larynxtuberculose bei 100 Kranken; 48 davon zeigten tuberculöse Kehlkopferkrankungen, bei 34 fanden sich Erkrankungen der Hinterwand. Während durch die gewöhnliche

Untersuchungsmethode der unterhalb der Stimmritze gelegene Theil der Hinterwand in keinem Falle gesehen wurde, gelang dies mit der Killian'schen Methode in 21 Fällen von 27 vollständig, 6 mal unvollständig. Der Killian'schen Methode muss also in Bezug auf die Diagnose der tuberculösen Erkrankung der hinteren Larynxwand, resp. der Tuberculose überhaupt ein hoher Werth zuerkannt werden. Die hügel- und zackenartigen Excrescenzen der Hinterwand können zuweilen mit den Produkten einer chronischen Laryngitis verwechselt werden oder mit Pachydermie oder mit syphilitischen Infiltraten, Gummaten oder Narben, Lupus, Lepra oder selbstständigen Neubildungen. Katarrhalische Geschwüre lässt Verf. nicht gelten; in zweifelhaften Fällen empfiehlt sich die mikroskopische Untersuchung intralaryngeal entfernter Stücke; aber auch diese kann zu Verwechselungen Anlass geben. Am häufigsten beobachtete K. die tuberculöse Infiltration (bei 34 Kranken 18 mal), ferner Ulceration (15 mal). Was die Pathogenese anlangt, so glaubt Verf. mit Orth und Anderen, dass die Bacillen von der Oberfläche aus eindringen, begünstigt durch mechanische Einwirkungen. Die Behandlung war theils eine mechanische mit Curette, theils chemische mit Milchsäure. Nur bei sehr schwacher Reaction wurden Einblasungen von Jodol und Dermatol gemacht; auch wurde Creosot innerlich gegeben. Im Vergleich zu den tuberculösen Veränderungen an anderen Stellen des Kehlkopfes scheinen dem Verf. die an der hinteren Larynxwand befindlichen schwerer heilbar zu sein, was Ref. bestätigen kann.

SCHECH.

144) **G. Lewin. Syphilitische Pharynx- und Larynxaffection bei einem Tabetiker.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 8.*

Demonstration eines Kranken, der auch in der laryngologischen Gesellschaft vorgestellt ist.

LANDGRAF.

145) **Poyet. Secundärerscheinungen der Syphilis seitens des Kehlkopfs. (Accidents secondaires laryngés de la syphilis.)** *Bulletin méd. 1892. p. 823.*

Der Schanker kommt im Larynx nicht vor; Secundärerscheinungen aber sind häufig, sie äussern sich unter der Form des syphilitischen Erythems, der erosiven Syphilide, der ulcerösen Syphilide und der Lähmung.

Das Erythem ist eine häufige und gutartige Erscheinung. Es fehlt bei keinem Syphilitiker, geht aber oft unbemerkt vorüber, da es keinen Schmerz und keinerlei Athembeschwerden verursacht. Seine Dauer beläuft sich auf 10 bis 13 Tage.

Die erosiven Syphilide sind durch Ulcerationen charakterisirt, die auf der Epiglottis sitzen, auf den Ligg. ary-epiglottica, den Taschenbändern und den Stimmbändern; dieselben sind flach, ihre Umgebung ist roth bis zinnoberroth.

Die ulcerösen Syphilide oder Plaques muqueuses entwickeln sich hauptsächlich auf der Epiglottis und in der Regio arytaenoidea. Sie entstehen inmitten des gleichmässig gerötheten Larynx, und zwar entsteht zuerst eine leichte Schwellung der Schleimhaut, die ein mattes, granuläres Aussehen gewinnt, und innerhalb 48 Stunden bildet sich daraus das Geschwür. Diese Plaques sind rund, ihr Rand steil, zerfetzt; der Geschwürsgrund ist mit Schleim oder

Muco-Pus bedeckt; die Ränder sind lebhaft geröthet. Man behandelt diese Geschwüre mit Einstäubungen von Carbolsäure und mit Aetzungen mittelst Chromsäure oder Silbernitrat.

BARATOUX.

146) **Ricardo Botey** (Barcelona). **Ein Fall von hereditärer Spätlues der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs. (A case of late hereditary syphilis of the nose, pharynx and larynx.)** *Journ. of Laryngology. April 1892.*

Der Fall betrifft einen 14jährigen Knaben; die Diagnose war anfangs unsicher, der günstige Erfolg aber der antiseptischen Behandlung bewies ihre Richtigkeit.

MACKENZIE-JOHNSTON.

147) **Strauss** (Berlin). **Ueber Lues tarda laryngis im Kindesalter.** *Archiv für Kinderheilk. XIV. 5. 1892.*

An der Hand von 3 in der Poliklinik von B. Baginsky beobachteten Fällen beschreibt St. ausführlich das Bild der Lues tarda laryngis im Kindesalter. In dem einen Fall, der ein 7jähriges Kind betraf, schwankte längere Zeit die Diagnose zwischen Syphilis, Lupus und Phthise. Als charakteristisch für die Syphilis tarda laryngis bei Kindern wird von St. angegeben, dass der Sitz des Processes sich vorwiegend an der Epiglottis findet und dass der Process für das Auftreten in der einzigen papillären Form eine Vorliebe zeigt, wenn er nicht in der Form einer einfachen Schwellung sich darbietet. Dass der Process auch auf die ary-epiglottischen Falten und auf die hintere Larynxwand, sowie auf das Larynxinnere weitergreifen kann, dafür liefert die Literatur und die klinische Beobachtung der Fälle von St. genügend Belege, aber vorzugsweise ist doch die Epiglottis der Sitz der Erkrankung.

SEIFERT

148) **J. Iljin. Behandlung der Kehlkopfsyphilis mit Einblasungen von Calomel. (Letschenie syphilititscheskawo laryngita wduwaniem calomelja.)** *Med. obosr. 1892. No. 6.*

Im Ganzen wurden von J. 67 Fälle beobachtet und behandelt. In den meisten Fällen war die Erkrankung im zweiten Halbjahr, gerechnet von der Primärinfection, aufgetreten. Die Krankheitserscheinungen im Kehlkopf bestanden in Schwellung und Ulceration der Schleimhaut. Besonders günstig war der Verlauf, wenn neben der Allgemeinbehandlung Calomel in den Kehlkopf eingeblasen wurde.

LUNIN.

149) **Dillon Brown** (New York). **Syphilitische Kehlkopfstenose bei einem Knaben von 4½ Jahr; Heilung durch die Intubation. (Syphilitic stenosis of the larynx in a boy four and a half years old: intubation: recovery.)** *Arch. of pediatrics. März 1892.*

Krankengeschichte des Falles, in dem eine acute Stenose die Intubation nöthig machte; es ist sonst nichts Besonderes von dem Falle zu erwähnen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

150) **Scheier. Larynxstenose nach Lues.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1892. No. 13.*

Nichts Besonderes.

LANDGRAF.

151) **A. W. de Ronaldes. Ein Fall von Verengerung des Kehlkopfs nach catarrhalischer Laryngitis durch die Intubation behandelt. (Case of atresia laryngis from catarrhal laryngitis followed by intubation.)** *New Orleans Med. and Surg. Journ. Febr. 1892.*

Zeichen von Syphilis lagen nicht vor; die Erkrankung wurde mit einer starken Erkältung, die die 41jährige Patientin 11 Jahre vorher durchgemacht hatte, in Zusammenhang gebracht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

152) **Schmiegelow. Intubation des Larynx bei acuten und chronischen Stenosen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 1—5. 1892.*

Schm. behandelte 12 Fälle, 4 acute und 5 chronische Stenosen (=9? Red.). Von den 4 acuten Stenosen starben 3 Patienten; nach Schmiegelow soll die Intubation angewendet werden bei Asphyctischen, sowie bei Kehlkopfstenosen, welche nicht diphtheritischer Natur sind, sondern einem acuten Oedem der Schleimhaut (Tuberculose, syphilitische Perichondritis, Erysipel) zuzuschreiben sind, ferner bei Lähmung der Stimmbandabductoren und Spasmus glottidis, bei Stenosen durch Fremdkörper, bei Trachealstenosen in Folge acuter Thyreoiditis oder Neoplasmen und endlich bei chronischen Stenosen des Larynx und des obersten Theiles der Trachea. Die Intubation kann endlich angewendet werden bei jeder acuten Kehlkopfstenose diphtheritischer Natur. Die sehr interessanten Krankengeschichten müssen im Originale nachgelesen werden. SCHECH.

153) **Thost. Die Behandlung der Larynxstenosen bei Kindern.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 22. 1892.*

Thost entfernt meist schon in 3—5 Tagen die Canüle bei Croup und Diphtherie, um der Gefahr der Granulationsstenosen zu entgehen; bei Typhus, Papillomen, Verbrennungen muss die Canüle meist länger liegen bleiben. Am häufigsten kommt vor die Granulationsstenose und die Narbenstenosen; bei letzteren hilft nur das Einlegen von Bolzen. SCHECH.

154) **Cheves Bevill. Kletten im Kehlkopf. (Cockle-burs in the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 9. Januar 1892.*

Der Verf. hat aus verschiedenen Quellen etwa 52 hierhergehörige Fälle gesammelt. Die Arbeit hat für bibliographische Zwecke grossen Werth. LEFFERTS.

155) **G. H. R. Holden** (Birmingham). **Ein Fremdkörper im Kehlkopf: Laryngo-Tracheotomie: Heilung. (Foreign body in the larynx: laryngo-tracheotomy: removal: recovery.)** *Brit. Med. Journ. 12. März 1892.*

Der Pat., ein Knabe von 14 Monaten, bekam einen Haken vom Kleide seiner Mutter in den Mund; 22 Stunden lang war kein Symptom zu bemerken, dann trat etwas Stridor und ein kurzer aphonischer Husten ein. Man entschloss sich sogleich zu operiren und von unten her konnte man den Haken sehen, wie er die Stimmbänder auseinder hielt, quer zwischen ihnen liegend. Der Fremdkörper wurde leicht durch die Wunde entfernt und das Kind wurde bald ganz gesund.

MACKENZIE-JOHNSTON.

156) **Samuel West** (London). **Ein Fall von Einklemmung einer Kiemenschuppe von einem Häring im Kehlkopf eines Kindes: Tracheotomie: Entfernung des Fremdkörpers. Schwierigkeit in der Entfernung der Canüle infolge von functioneller Lähmung der Abductoren: Vollständige Heilung. (Case of the impaction of the gill-plate of a herring in the larynx of an infant: tracheotomy; removal of the bone: difficulty in the removal of the tube from functional paralysis of abductors: complete recovery.)** *Lancet. 9. April 1892*

Krankengeschichte des Falles, dessen Besonderheiten der Titel hinreichend erkennen lässt. MACKENZIE-JOHNSTON.

157) **Skinner** (Manchester). **Fremdkörper im Kehlkopf. (Foreign body in the larynx.)** *Brit. Med. Journ. 7. Mai 1892.*

In dem von Sk. in der Clinical Soc. of Manchester mitgetheilten Falle bestanden ein croupartiger Husten und Dyspnoe über einen Monat lang in Folge von Einklemmung eines Orangenkerns im Kehlkopf; die Tracheotomie war von den Eltern verweigert worden; schliesslich wurde der Kern noch glücklich ausgehustet. MACKENZIE-JOHNSTON.

158) **W. T. Kendall. Fremdkörper im Kehlkopf und Magen. Die Mucilage-Behandlung. (Foreign bodies in the larynx and stomach. The mucilage treatment.)** *Mississippi Med. Monthly. Mai 1892.*

Verf. berichtet über 4 Fälle; in einem handelt es sich um ein Stückchen Schale im Kehlkopf, in den anderen waren verschiedenartige Körper verschluckt worden. Alle 4 Fälle wurden mit mässigen Mengen von Mucilago acaciae mehrmals täglich behandelt und alle kamen durch, wodurch erwiesen sein soll, „wie leicht es ist, Fremdkörper aus dem Organismus fortzuschaffen durch einfache Medication und ohne zu grösseren Operationen seine Zuflucht zu nehmen" (?).

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

159) **Mattena. Laryngotomie wegen Fremdkörper. (Laringotomia per corpo estraneo.)** *Raccoglitore medico. 20. Januar 1892.*

Nicht zugänglich. CARDONE.

160) **Goris** (Brüssel). **Entfernung einer 4 cm langen Nadel aus dem Larynx. (Extraction d'une aiguille de 4 cm de long du larynx.)** *Acad. méd. Belge. 25. Juin 1892. La Presse méd. Belge. No. 29. 1892.*

Die Nadel war von der Zungenbasis durch die Basis der Epiglottis in's Innere des Larynx vorgedrungen bis an die Aryknorpel, in diesen steckte sie fest; Entfernung. BAYER.

161) **Rosenberg** (Moscau). **Fremdkörper in der Trachea.** *Med. obosr. 1892. No. 10.*

R. referirt in der medicinischen Gesellschaft über einen Pat., der sich die, in der Trachea liegende, Canüle mit einer Gänsefeder reinigen wollte. Der Bart der Feder brach ab, wurde vom Pat. tief in die Trachea aspirirt und bevor man ihm helfen konnte, verschied er. Bei der Section fand sich der Bart der Feder im rechten Bronchus. LUNIN.

162) **T. B. Bentlif** (Jersey). **Fremdkörper in der Trachea; Tracheotomie. (Foreign body in the trachea; tracheotomy.)** *Brit. Med. Journ. 25. Juni 1892.*

Die Tracheotomie wurde an einem 10jährigen Knaben vorgenommen, welcher einen Pflaumenkern in der Trachea hatte; unmittelbar nach der Eröffnung der Trachea wurde der Stein durch die Wunde ausgehustet. MACKENZIE-JOHNSTON.

163) **G. R. Fowler. Eine abgebrochene Tracheotomiecanüle an der Bifurcation der Trachea. (A broken tracheotomy tube lodged at the bifurcation of the trachea.)** *Brooklyn Med. Journ. Juni 1892.*

Der Pat. hatte sich in selbstmörderischer Absicht den Hals mit einem Rasirmesser durchschnitten und dabei den Kehlkopf und die vordere Speiseröhrenwand durchtrennt. Das Messer hatte den oberen Theil des Schildknorpels, beide obere Hörner desselben, losgeschnitten und hatte die Ligg. thyro- und hyo-epiglottica durchtrennt. Es wurde die Tracheotomie gemacht und eine Magensonde in den Oesophagus eingeführt.

Nach der Heilung der Wunde fand sich, dass die Function der Epiglottis vollständig verloren gegangen und dass die hintere Wand des Oesophagus in solchem Grade nach vorn vorgewölbt war, dass bei Schluckversuchen die Nahrung in den Larynx geleitet wurde.

Als der Pat. gelegentlich versuchte, die Canüle in situ zu reinigen, brach dieselbe ab und ein Theil derselben glitt in die Trachea.

Das obere Ende des abgebrochenen Canülenstücks wurde mittelst der Sonde $4\,^1/_2$ Zoll unterhalb der Glottisöffnung festgestellt, addirte man hierzu die Länge der Canüle, so ergab sich, dass das untere Ende an der Mündung des linken Bronchus ruhen musste. Es wurde eine tiefe Tracheotomie gemacht und die Canüle mit der Zange extrahirt.

Dieser Fall ermahnt zu grosser Sorgfalt in der Auswahl der Canülen für die Fälle, wo es sich um dauernde Krankheiten handelt. Die beste Form der Canüle ist die in Deutschland gebräuchliche, bei der die Canüle durch den Schild vollkommen gesichert ist. W. J. SWIFT (LEFFERS).

164) **Hausser** (Seebisberg). **Spulwurm in der Trachea. Plötzlicher Tod.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 14. 1892.*

Die Section ergab an der Bifurcation der Trachea ein 1 cm vorragendes Ende des Wurmes, der in einen rechtsseitigen Bronchus geschlüpft war. Beide Lungen waren reich an schaumiger Flüssigkeit. JONQUIÈRE.

165) **C. A. Bergh** (Schweden). **Corpus alienum in broncho dextro.** *Eira. 1891. p. 454.*

Ein 5jähriger Knabe hatte eine Kornähre in die Trachea aspirirt. Symptome: Suffocation, irritirender Husten, fötider Auswurf, erhöhte Temperatur; matter Percussionston und verändertes Auscultationsgeräusch über der rechten Lunge. Mors. — Gangräna pulmonis dextra.

Bei einem 10jährigen Mädchen gelangte ein Stück von einer Zwetschenschaale in die Verzweigungen der linken Bronchialäste und rief Symptome einer Bronchitis der linken Pulmonalbasis mit etwas erhöhten Temperaturen (37,9°

bis 38,5°) hervor. — Die Patientin wurde entlassen, ohne dass das Corpus alienum ausgestossen wurde.

SCHMIEGELOW.

166) G. A. Sutherland (London). **Ein Fall von bronchiectatischem Abscess infolge von Einkeilung einer O'Dwyer'schen Röhre. (Case of a bronchiectatic abscess due to the impaction of an O'Dwyer's tube.)** *Lancet. 23. Januar 1892.*

Pat., ein junger Mann von 17 Jahren, erlitt eine Verletzung durch ein Stück Holz, gegen das er mit der vorderen Seite des Halses stiess. Pat. hatte starke Schmerzen über dem Schildknorpel, dabei war die Stimme schwach und heiser. Es wurde die Laryngotomie gemacht und später eine Intubationsröhre eingelegt, während die äussere Wunde heilen sollte. Diese Röhre drang während eines Hustenstosses in die Trachea und konnte nicht entfernt werden. Die Athmung blieb sehr beschwert und laryngeal, allein 3 Monate vergingen ohne weitere ernsthafte Symptome. Dann trat schwerer Husten ein und copiöser eitriger Auswurf, es wurde ein bronchektatischer Abscess diagnosticirt. Es wurde noch ein erfolgloser Versuch gemacht, nach Resection eines Stücks Rippe den Fremdkörper zu erreichen. Ein paar Tage später trat eine schwere Blutung ein, die letal endigte. — Bei der Section fand sich die Tube im linken Bronchus eingekeilt, $^3/_4$ Zoll unterhalb der Bifurcation der Trachea. Eine vollständige Erklärung für die primäre Verletzung gab die Untersuchung nicht.

MACKENZIE-JOHNSTON.

167) Harold B. Grimsdale (London). **Tracheale Pulsation als diagnostisches Merkmal eines Brustaneurysma. (Tracheal tugging as a diagnostic sign of thoracic aneurysm.)** *Practitioner. Febr. 1892.*

Die interessante Arbeit giebt die Resultate der Untersuchungen, die Verf. vorgenommen hat, um ein Urtheil über den Werth dieses Symptoms für die Diagnose des Aneurysma zu gewinnen. G. fand das Symptom bei nicht weniger als 51 von 118 Fällen, die er ohne irgend welche Auswahl aus den internen und chirurgischen Krankensälen des Spitals genommen hatte und unter denen nur bei zweien überhaupt die Möglichkeit eines Aneurysma vorlag.

Verf. schliesst aus seinen Beobachtungen, dass „das Fehlen der Trachealpulsation als negatives Zeichen nicht ganz ohne Bedeutung sein mag, dass ihr Vorhandensein aber, wenn sie nicht gerade a u f f a l l e n d s t a r k ist, keinen Werth als Hilfsmittel für die Diagnose hat.

MACKENZIE JOHNSTON.

168) X. **Tracheale Pulsation als Zeichen von Aneurysma. (Tracheal tugging as a sign of aneurysma.)** *Lancet. 20. Febr. 1892.*

Eine Notiz über die vorstehende Arbeit von G r i m s d a l e.

MACKENZIE-JOHNSTON.

169) Wm. Ewart (London). **Bemerkungen über die tracheale Pulsation und ihren klinischen Werth. (Remarks on tracheal tugging and on its clinical value)** *Brit. Med. Journ. 19. März 1892.*

Verf. betrachtet die Trachealpulsation als ein wichtiges diagnostisches

Hilfsmittel und berichtet über einen dunkelen Fall, in dem dasselbe sich als sehr werthvoll erwies. Bei der Untersuchung einer Reihe von Spitalpatienten fand sich das Symptom in einem sehr grossen Procentsatz aller Fälle, in der Mehrzahl derselben war die Pulsation aber nur leicht; in allen Fällen mit Aneurysma jedoch war sie entschieden und sehr ausgesprochen.

Verf. bespricht den vermuthlichen Mechanismus dieses Symptoms und nimmt an, dass dasselbe Bedeutung haben kann für die Lokalisirung und die genaue Bestimmung der Ausdehnung des Aneurysma, je nachdem wir die Trachealpulsation mit Kehlkopflähmung oder ohne dieselbe finden.

MACKENZIE-JOHNSTON.

170) **R. Wagner. Ein Fall von Tracheostenose hervorgerufen durch Durchschneidung der Trachea.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 10. 1892.*

Eine 25jährige Frau durchschnitt sich mit einem Küchenmesser die Trachea; der rechte Nervus recurrens war völlig durchtrennt; es trat hochgradige Stenose ein, die schliesslich geheilt wurde. Verf. constatirte nun bei dieser Kranken, dass der Kehlkopf Geschmacksempfindungen wahrnahm, und zwar wird das Bittere und Süsse fast ebenso gut percipirt wie von der Zunge; salzige Stoffe werden aber vom Kehlkopfe schlechter wahrgenommen als von der Zunge.

Der Fall bestätigt nun nach des Verf.'s Ansicht, dass die Medianstellung der Stimmbänder bei Recurrenslähmung nicht bedingt wird durch die Wirkung der vom Recurrens versorgten Muskeln (? Ref.).

SCHECH.

171) **Orth** (Bellheim). **Die Neubildungen der Trachea.** Inaug.-Diss. Heidelberg, 1892.

Zusammenstellung der bis jetzt veröffentlichten Tumoren der Luftröhre.

SEIFERT.

172) **Février. Bronchialfisteln. (Fistules bronchiales.)** *Soc. chirurgie. 3. Febr. 1892. Semaine méd. p. 47.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Bronchialfisteln. In dem einen Fall zeigte der Pat. an den Seitentheilen des Halses zwei symmetrisch gelegene Fisteln; die eine war verschlossen, aus der anderen kam ein schleimig-eitriger Ausfluss. Die erstere setzte sich fort in einen fistulösen Strang, der sich gegen den Schildknorpel hinzuwenden schien. Bei der Einführung einer Sonde in die zweite Fistelöffnung, die sich in gleicher Weise in einen Canal fortsetzte, löste man Hustenanfälle, sowie eine Verlangsamung und Unregelmässigkeit der Herzaction aus.

Im zweiten Falle war die Fistel doppelseitig und sass in der Regio praeauricularis. Links lag vor dem Helix ein kleines Orificium in der Haut; rechts konnte man durch Druck ein wenig Muco-Pus aus dem Orificium auspressen und etwas tiefer in der Wange fühlte man einen mit dem Orificium in Verbindung stehenden cystischen Tumor.

Der Verf. machte eine Incision und kratzte den Fistelgang und die Cyste aus.

J. BARATOUX.

173) **W. Einthoven. Ueber die Wirkung der Bronchialmuskeln, nach einer neuen Methode untersucht, und über Asthma nervosum.** *Pflüg. Arch. 1892. Februar.*

E. machte seine Versuche an curarisirten Hunden (Methode s. Original) und fand, dass die periphere Vagusreizung ein Steigen des Athemdrucks bewirkt, d. h. eine Contraction der Bronchialmuskeln, die um so intensiver ist, je länger der Reiz andauert, wenn er ein schwacher ist; bei intensiveren Reizen ist es umgekehrt in Folge von Ermüdung der Muskeln. Der Athemdruck steigt erst langsam, dann schneller, erreicht dann wieder langsamer sein Maximum, um sich nach kurzer Zeit wieder zu senken.

Der Einfluss einer Kreislaufsstörung auf den Athemmechanismus ist 120 mal geringer als der des Bronchialkrampfes, so dass dieser für die Athemdrucksteigerung verantwortlich zu machen ist.

Der Vagustonus ist normaliter gering; die Ergebnisse der reflectorischen Vagusreizung sind schwankend.

Rythmische Contractionen sind bisweilen bemerkbar; ihre Ursache liegt in der Muskelsubstanz, die automatisch reizbar genannt werden darf.

Directe Reizung der Bronchialmuskeln bewirkt nur eine langsame Contraction mit geringer Steigerung des Athemdrucks.

Bronchodilatatoren giebt es nicht; die Athemdrucksenkung erfolgt durch Erschlaffung der Bronchialmuskeln.

O eingeathmet ergiebt negatives Resultat, N geringe Steigerung, ebenso SO_2, CO_2 hohe Steigerung.

Curare in grösseren Dosen beeinträchtigt die Wirkung der Vagusreizung, in kleineren nicht, Atropin hebt sie schon in kleinen Dosen auf, ebenso Nicotin bei Anwendung von 3 mal 2 mgr; Morphin erzielt nur unbedeutende Veränderung im Athemdruck, ebenso Chloroform.

Schliesslich erkennt E. als die einzig zu Recht bestehende Erklärung des Asthma nervosum die des Bronchialkrampfes an und empfiehlt auf Grund seiner Versuche zu therapeutischen Zwecken die Injection von Atropin.

A. ROSENBERG.

174) **S. v. Basch. Einige Bemerkungen zu der Untersuchung Prof. Einthoven's über die Wirkung der Bronchialmuskeln etc.** *Pflüger's Arch. 1892. 15. 6.*

Einige Einwendungen gegen die Zuverlässigkeit der Einthoven'schen Methode, sowie die aus seinen Untersuchungen gefolgerten Schlüsse.

A. ROSENBERG.

f. Schilddrüse.

175) **Schönemann** (Bern). **Hypophysis und Thyreoidea.** Inaug.-Dissert. in Bern. Berlin 1892.

Es ist schon seit Langem, namentlich von Virchow auf die histologische Aehnlichkeit der genannten Organe hingewiesen worden und Rogowitsch und

Stieda fanden, dass nach Totalexstirpation der Schilddrüse Veränderungen in der Hypophyse auftreten, welche auf eine compensatorische Function dieses Organs schliessen lassen. Vorliegende Untersuchungen haben den Zweck, an einer grösseren Anzahl, d. i. 112 Leichen, die aus Kropfgegenden stammen, nachzusehen, ob in der Hypophyse ähnlich anatomische Processe wie in der Schilddrüse vorkommen. Vf. fand in der Regel die analogen Veränderungen in der Hypophyse. Diese zeigte zwar meist eine starke Vermehrung der sog. chromophilen Zellen, damit combinirt aber die bei Kropf charakteristischen Veränderungen, Hypertrophie des Bindegewebes, vasculäre Formen, Colloid und selbst Cysten. Nur einmal ward bei Struma eine normale Hypophyse gefunden. Bezüglich der Gewichtsverhältnisse zwischen den beiden Organen war weder eine Parallele noch etwa ein compensatorisches Verhalten ersichtlich. Bei Kaninchen kommt allerdings nach Entfernung der Schilddrüse eine compensatorische Vergrösserung der Gl. pituitaria vor. Auch bei einem, an Cachexia strumipriva gestorbenen Fall von Kocher wurde eine scheinbar compensatorische starke Vergrösserung der Drüse constatirt. Diese bestand aber lediglich in einer Vermehrung der chromophilen Zellen, welche nicht als eine Hypertrophie, sondern als ein Degenerationsprocess aufzufassen ist. Ueberhaupt ist die mit Struma combinirte Hauptveränderung der Pituitaria nach Vf. als eine Degeneration zu betrachten.

JONQUIÈRE.

176) **Gley. Die Krampferscheinungen nach der Thyroidectomie. (Accidents convulsifs de la thyreoidectomie.)** *Société de Biologie. 9. April 1892.*

Im Laufe seiner Untersuchungen konnte G. constatiren, dass die Substanzen, welche die Reizbarkeit des Nervensystems im Allgemeinen herabsetzen, besonders das Bromkali und das Antipyrin, auch die Eigenschaft besitzen, die nach der Thyroidectomie auftretenden Krampferscheinungen herabzusetzen oder ganz zu unterdrücken.

J. BARATOUX.

177) **Geo J. O'Reilly** (Surbiton). **Behandlung des Kropfes mittelst Jod-Quecksilber- und Kalium-Injectionen und Radicalheilung durch die Operation. (Treatment of goitre by jodine, mercury and potash injections and radical cure by operation.)** *Lancet. 2. April 1892.*

Verf. hat gute Resultate in Bezug auf die Verkleinerung von Drüsengeschwülsten erzielt durch abwechselnde Injectionen von Jodlösungen, von Quecksilberbichlorid und von hypermangansaurem Kali, so dass er sich dazu entschloss, dieselbe Therapie in einem Fall von Kropf zu versuchen. Der Fall, über den er berichtet, war ein alter Cystenkropf von sehr erheblichem Umfang. Unter den Injectionen ging die Grösse der Geschwulst sehr herunter und des Pat. Allgemeinzustand hob sich. Nachdem die Geschwulst fest geworden, entfernte Verf. den einen Lappen, der jetzt noch 2 Pfd. wog. — Die Krankengeschichte des Falles, dessen schliesslicher Ausgang ein sehr zufriedenstellender war, ist ausführlich mitgetheilt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

178) **Creswell Baber** (Brighton). **Ein Fall von Kropf. (Case of goitre.)** *Brit. Med. Journal. 7. Mai 1892.*

B. stellte der Brighton Med.-Chir. Society ein Mädchen vor, das er wegen

eines parenchymatösen Kropfs operirt hatte; es hatte bei demselben eine erhebliche Abplattung der Trachea und Stridor bestanden.

MACKENZIE-JOHNSTON.

179) C. A. Bergh (Schweden). **Exstirpation einer Struma colloides. (Exstirpation af Struma colloides.)** *Eira. 1891. p. 452.*

Der Lobus dexter der Struma wurde bei einem 29 jährigen Mädchen ad modum Billroth mit gutem Erfolge entfernt. E. SCHMIEGELOW.

180) **Otto Bode. Ueber Kropfexstirpation.** *Berliner Klinik. Febr. 1892.*

B. berichtet über 24 Fälle aus dem Krankenhaus Friedrichshain, von denen die meisten dem 2. Decenium angehören und 25,5 pCt. männliche Patienten waren, bei denen die Operation gew. in Folge von Athemstörungen vorgenommen wurde.

Theilerscheinungen von Basedow häufig, selten ausgesprochener Symptomencomplex; Kehlkopf gew. um den vorderen Winkel gedreht, selten von der Mittellinie abgedrängt. Gewöhnlich waren es parenchymatöse, selten cystische und colloide Formen.

Genaue Beschreibung des Hahn'schen Operationsverfahrens, das eine Nachblutung und eine erneute Asphyxie sicherer verhindert als andere Methoden.

Die Heilungsdauer beträgt durchschnittlich 14 Tage. Gestorben ist eine Pat., ein epileptisches Mädchen, das während der Operation der bis zur Wirbelsäule reichenden 1 Kgr. schweren Struma einen epileptischen Anfall bekam, so dass die Operation schnell beendet werden musste. A. ROSENBERG.

181) **J. C. Warren. Die operative Behandlung des Kropfes. (The operative treatment of goitre.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 5. Mai 1892.*

Krankengeschichten von vier Fällen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

182) **Lauwers** (Courtrai). **3 Beobachtungen von Blutcysten der Schilddrüse entfernt durch Enucleation. (Trois observations de kyste sanguin de la glande thyroïde enlevé par énucleation.)** Acad. méd. Janv. 1892. Rapport de M. Hicquet. *La Presse Méd. Belge. No. 8. 1892.*

Die Diagnose der Blutcysten war mittelst Punction und Aspiration festgestellt. Zwei der Cysten waren uniloculär. Die Zweite war höckerig und multiloculär.

Die Heilung der 3 Patienten ging ohne Eiterung vor sich. BAYER.

183) **E. N. Nason. Tumor der Schilddrüse bei einem Hunde. (Thyroid tumour from a dog.)** *Brit. Med. Journal. 28. Mai 1892.*

Die Geschwulst, die mikroskopisch einem gewöhnlichen Epitheliom glich, wurde in der Birmingham Counties Abtheilung der Brit. Med. Assoc. demonstrirt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

184) **Petrakidès (Stenimacho). Ein Fall von Struma maligna (Str. carcinomatosa.)** Inaug.-Dissert. Würzburg 1892.

Beschreibung eines in der Würzburger chirurgischen Klinik operirten Falles von Struma carcinomatosa bei einem 70 jährigen Manne und Mittheilung des Resultates der histologischen Untersuchung der entfernten Geschwulst.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) British Laryngological and Rhinological Association.

Versammlung von 25. März 1892.

Vorsitzender: Hr. Lennox Browne.

(Journal of Laryngology Mai 1892.)

Der Vorsitzende eröffnet die Versammlung mit einigen einleitenden Worten, in denen er besonders den Verlust betont, den die Gesellschaft durch den Tod Morell Mackenzie's erlitten.

Danach stellte der Vorsitzende einen Patienten mit hypertrophischer Rhinitis vor, der seit sehr langer Zeit an Lupus litt, sowie einen zweiten Fall von Lupus der Nase, des Rachens und des Larynx.

W. Milligan sprach „Ueber einen Fall von primärer Nasen-Syphilis mit einer secundären syphilitischen Attacke. Der betreffende Kranke hatte ein primäres Geschwür am Finger und sieben Jahre später ein ähnliches in der Nase gehabt; beidemale schlossen sich secundäre Symptome an. Ward Cousins, Stoker und D. Stewart knüpften einige Bemerkungen hinsichtlich der Diagnose an den Fall an.

W. Milligan berichtet ferner über einen „Fall von idiopathischem Kehlkopfabscess".

Ward Cousins trug einen „Fall von tiefem Halsabscess mit acutem Eintritt laryngealer Symptome" vor; es wurde die Tracheotomie gemacht und Heilung erzielt.

Sandford berichtete über zwei Fälle von „Glosso-labiolaryngealparalyse"; an der Discussion betheiligten sich der Vorsitzende, Dundas Grant und Stoker.

H. Wyatt Wingrave sprach über „Ein paar Punkte, betr. die Zungentonsille und eine regionale Nomenclatur der Zunge". Redner glaubt, dass es uns an einer Nomenclatur fehlt, welche eine genauere Bestimmung der besonderen befallenen Partie der Zunge ermöglichte. Er schlägt vor, den Theil der Zunge vor dem „Sulcus terminalis" als „Oro-glossus" zu bezeichnen, den Theil hinter dieser Furche als „Pharyngo-Glossus". Er betont, dass diese Abgrenzungslinie

thatsächlich der V. Linie der Papillae circumvallatae entspricht und dass die Partien vor und hinter dieser Grenze in ihrer Structur und Function, in Nervenversorgung und Entwickelungsgang und so auch in pathologischer Hinsicht weitgehende Verschiedenheiten aufweisen.

H. Wyatt Wingrave macht einige kurze Bemerkungen über „die histologischen Eigenschaften des Kehlkopfepithelioms" und legt einige diesbezügliche mikroskopische Präparate vor.

Eine besondere Discussion fand hierauf statt über „die Nothwendigkeit systematischer Stimmübungen bei öffentlichen Rednern"; eröffnet wurde diese Discussion durch Sandford.

Davies (Newport) erwähnte einen Fall von Stottern im Anschluss an Keuchhusten.

Andere Redner, Dundas Grant, Althaus, J. Matheson, Collier und E. Behnke sprachen ebenfalls über das Stottern, die Methoden der Athmung und andere auf den Gebrauch der Stimme bezügliche Punkte.

Mackenzie-Johnston.

---

b) Jahresversammlung der Französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie.

Sitzungen vom 2., 3. und 4. Mai 1892.

Garel macht Mittheilung von zwei Fällen von Lupus des Kehlkopfes, einem primären und einem secundären. Nach G. ist das Vorkommen von Lupus im Kehlkopf zwar selten, doch nicht in dem Maasse, als man gewöhnlich meint; oft bleibt der Lupus unbemerkt, weil er sich nicht bis auf die Stimmbänder ausdehnt. In solchen Fällen ist die Stimme nicht verändert und man denkt nicht an eine Untersuchung des Kehlkopfs, so dass die Complication der Wahrnehmung entgeht. Wenn aber der secundäre Lupus ziemlich häufig ist, so gilt dies doch nicht vom primären. Im letzteren Falle ist die Diagnose einzig auf die directe Untersuchung des Kehlkopfs oder auf die histologische Untersuchung von Fragmenten, die untersucht werden könnten, gegründet. Einen derartigen Fall hat Garel beobachtet: Mit dem Kehlkopfspiegel constatirte man die Epiglottis gross, blassgrau, mit unregelmässiger warziger Oberfläche, am freien Rande derselben ein etwas mehr hervorspringendes Knötchen von klein Erbsengrösse; die Plicae ary-epiglotticae umfangreich und cylindrisch, ebenfalls mit warziger Oberfläche, desgleichen die Vorsprünge über den Aryknorpeln. Der Kranke wurde durch Behandlung mit dem Galvanokauter und mit Milchsäure gebessert. In einem zweiten Falle, den G. mittheilt, war der Lupus secundär; dieser Kranke hatte 2 Jahre zuvor einen Lupusplaque an der linken Backe gehabt.

Fauvel erwähnt als Symptom der Kehlkopflähmungen einen lauchartigen Geruch der Exspirationsluft. Jedesmal, wenn eine aphonische oder mit mehr oder weniger kreischender Stimme sprechende Person diesen Geruch exhalirt, wird man an eine Lähmung der Kehlkopfmuskeln zu denken haben,

wobei der Ursprung der Affection (Hirn, Rückenmark, Tumoren des Halses, des Mediastinums, die grossen Gefässe, Tuberculose, Hysterie, Rheumatismus) wenig ausmacht. Nach des Redners Ansicht würde der fötide Geruch, den die Kranken exhaliren, auf die Zersetzung des auf der Oberfläche der Schleimhaut der Luftwege eingetrockneten Schleimes zurückzuführen sein.

Moure beobachtete im Verlaufe eines Scharlach einen Abscess an der Basis der Epiglottis und an dem vorderen Theile des linken Taschenbandes. Dieser Abscess, der am 10. Tage der Erkrankung auftrat, entleerte sich von selbst.

Hiquet führt den Fall eines Mädchens von 12 Jahren an, das auf den Mandeln eine Reihe von weisslichen Flecken von breiigem Aussehen zeigte. Einige pinselhaarartige Hervorragungen an diesen Flecken liessen zuerst an eine Mycose der Tonsillen denken, doch ergab die histologische Untersuchung, dass es sich um epitheliale Gebilde handle, die verhornt waren.

Natier trägt über eine 60jährige Frau vor, die eine Arthritis crico-arytaenoidea syphilitischer Natur darbot. Die Pat. hatte 2mal abortirt und ein Kind geboren, das 3 Monate alt starb. Die Kehlkopfschleimhaut war geschwollen und an zwei Stellen ulcerirt, so dass man zuerst an ein Epitheliom dachte. Die Untersuchung eines Stückchens der Geschwulst unter dem Mikroskop ergab jedoch, dass diese Annahme unzutreffend war. Eine specifische Behandlung brachte sehr schnell erhebliche Besserung.

Joal beobachtete bei 3 Kranken mit phlegmonöser Amygdalitis oder einfacher Mandelentzündung das Auftreten einer purpuraartigen Eruption an den Beinen, an Bauch und Brust, er stellt diese Fälle mit den von Baeck, Rechner, Legendre und Claisse mitgetheilten zusammen und glaubt, dass es sich um eine infectiöse Purpura handelt, deren Ausgangspunkt die Mandelaffection ist. Redner schliesst sich der Meinung von Legendre an und hält diese Krankheit für eine Intoxication durch die löslichen Gifte der Bakterien, die Bakterientoxine.

Raugé betont die Seltenheit der Fälle von corticaler Kehlkopflähmung. Nach seiner Meinung liegt der Grund dafür, dass man solche Fälle nur ganz ausnahmsweise erwähnt findet, nur darin, dass man sie nicht zu erkennen vermag. Uebrigens äussern sie sich nur durch Störungen der Stimme, ohne irgend welche Erscheinungen seitens der Athmung. Sie sind einseitig: das afficirte Stimmband ist unbeweglich bei der Respiration und bei der Phonation. Dieser Stillstand des Stimmbandes in Adductionsstellung gleicht in keiner Weise der Cadaverstellung der totalen Glottislähmung. Die Oeffnung der Glottis ist erheblicher bei der respiratorischen Abduction. Redner bezeichnet die beständige Stellung des Stimmbandes in der respiratorischen Attitude als ein Symptom gewisser Arten von Lähmung.

Dellié bespricht einen Fall von fibrocellulärem Sarkom in der Regio interarytaenoidea bei einem 36jährigen Manne. Die Geschwulst wurde auf endolaryngealem Wege entfernt, recidivirte aber nach 8 Monaten, so dass die Tracheotomie nothwendig wurde. Eine intercurrirende Influenza führte den Tod herbei.

Beausoleil führt einen Fall von Eversion des Ventriculus Morgagni im Verlaufe einer acuten Laryngitis an. Man sieht dieses Vorkommniss ausser bei Syphilis und Tuberculose bekanntermassen für sehr selten an.

Luc bespricht eine Beobachtung von Ulceration der Tonsille bei einem 53jährigen Manne. Es wurde ein Stückchen von dem Tumor entfernt und mikroskopisch untersucht; nach dem Ergebniss dieser Untersuchung durfte man eine blosse Hypertrophie der Drüse annehmen. Sechs Monate später aber erkannte man die Geschwulst als ein Sarkom.

Ferras hat bei einem Kranken mit Angina ein marginales peripherisches Erythem in ausgesprochenstem Maasse an den unteren Extremitäten constatirt, dabei bestand Fieber, Schwäche und Endocarditis.

Vacher berichtet über ein junges Mädchen mit einer Ulceration des rechten Stimmbandes von solchem Umfange, dass dieses vollständig von seiner Insertionsstelle abgelöst schien. Die Kranke konnte keine Brusttöne mehr produciren, ihre Stimme hatte ganz den Charakter der Fistelstimme gewonnen. Da die Luft bei ihr durch das vordere Drittel der Glottis entwich, schliesst der Redner, dass der Mechanismus der Production der beiden Register sich auf die Verschiedenheit in der Länge der schwingenden Partie gründet.

Polo (Nantes) empfiehlt den fortgesetzten Gebrauch von schwachen Carbolsäuredämpfen und eine Infusion von Eucalyptusblättern bei der Diphtherie.

Cartaz bemerkt, dass gewisse chronische Abscesse der Kieferhöhle jeder Behandlung widerstehen. Man muss in solchen Fällen die Höhle von der Fossa canina aus breit eröffnen und das Curettement vornehmen.

Lubet-Barbon kommt auf die Anwendung des Bromäthyls als Anaestheticum zurück, und empfiehlt es für die Operationen von kurzer Dauer. Man muss darauf achten, ganz im Anfang eine grössere Menge der Flüssigkeit auf einmal auf die Maske auszugiessen, im anderen Falle erreicht man nicht das beabsichtigte Resultat.

Lacoarret sah in einem Falle condylomatöse Geschwülste am vorderen Drittel der Nasenscheidewand an der Verbindung dieser mit dem Gaumen. Der betreffende Kranke hatte auch Plaques muqueuses im Halse.

Astier kommt auf die Behandlung gewisser Stenosen der Nasenhöhle mittelst der nach Art der Dentisten-Bohrer in Bewegung gesetzten Rundfeile zu sprechen.

Wagnier empfiehlt die Operation der Fibro-Myxome des Nasenrachenraums mittelst der galvanischen Schlinge nach vorhergehender Reduction des Tumors durch Druck mit dem in den Nasenrachenraum eingeführten Finger.

Suarez räth, die Nasenhöhle zu untersuchen, bevor man eine Nasendouche verordnet, damit man die Otitiden vermeide, die durch den übelangebrachten Gebrauch dieser Douchen infolge der Undurchgängigkeit einer Nasenseite oder zu starken Drucks der Flüssigkeit entstehen.

Auf die Tagesordnung seiner nächsten Versammlung setzt der Congress für Laryngologie und Otologie folgende 3 Themata:

1. Behandlung der Kehlkopftuberculose.
2. Behandlung der Otorrhoe.
3. Behandlung der Krankheiten der accessorischen Höhlen der Nase.

J. Baratoux.

III. Briefkasten.

J. Charazac †.

Mit aufrichtigem Bedauern entnehmen wir der „Revue de Laryngologie etc." die Nachricht von dem Tode unseres geschätzten Specialcollegen J. Charazac (Toulouse). Trotz seines jugendlichen Alters — der Hingeschiedene stand zur Zeit seines Todes erst im 34. Lebensjahre — hatte er bereits eine Reihe werthvoller Arbeiten in unserem engeren Gebiete verfasst, von denen nur die über „L'oedème du larynx" (1885), „Les rhinolithes" (1888), „La valeur comparée de la trachéotomie et la laryngotomie inter-crico-thyroidienne" (1889) genannt seien. Charazac war ein regelmässiger und gewissenhafter Mitarbeiter der „Revue de laryngologie", die ihm in ihrer Nummer vom 1. December 1892 einen warmen Nachruf widmet.

Eine Reclamation.

Berlin, 7. 12. 92.

Verehrter Herr College!

In der December-Nummer Ihres Centralblattes befindet sich ein Referat von Herrn Landgraf über meine Arbeit: „Subglottisches Sarkom des Larynx intralaryngeal operirt und geheilt".

Der Herr Referent äussert Zweifel an der Berechtigung der Diagnose: „Weder die klinische Darstellung noch die mikroskopische Untersuchung können die Zweifel des Referenten an der Diagnose beseitigen." Mit Gründen werden diese Zweifel nicht belegt.

Da es sich in dem vorliegenden Falle um die äusserst seltene zur Beobachtung gelangende und daher klinisch kaum bekannte Frühform eines subglottisch entstehenden Larynxsarkoms handelt, da die mikroskopische Untersuchung durch eine solche Autorität wie Waldeyer mehrmals bestätigt worden ist — was Herr Landgraf in seinem Referat nicht erwähnt hat — so gestatten Sie mir, an den Herrn Referenten die Anfrage zu richten, worauf seine Zweifel denn gegründet sind

Mit der Bitte, diese Frage freundlichst aufnehmen zu wollen, bin ich mit ausgezeichneter Hochachtung und collegialem Gruss Ihr sehr ergebener

Dr. J. Scheinmann.

Herr College Scheinmann fordert von mir die Gründe für die Berechtigung meiner Worte: „weder die klinische Darstellung noch die mikroskopische Untersuchung hätten meine Zweifel an der Diagnose — Sarkom — beseitigen können".

Hier sind sie:

Was zunächst die klinische Darstellung anlangt, so fordere ich in einem so seltenen Fall, wie der vorliegende sein soll, eine genaue Anamnese Diese fehlt oder beschränkt sich wenigstens auf die kurze Bemerkung, dass der Pat. stets mässig gelebt habe, kein Raucher, kein Trinker gewesen sei und dass sich bei dem 66jährigen

Herrn seit Monaten zunehmende Heiserkeit eingestellt habe. Ob Lues vorangegangen ist, erfahren wir z. B. nicht.

Ich fordere zweitens einen genauen Status. Dieser Forderung ist ausgiebiger genügt, immerhin wäre es erwünscht gewesen, etwas mehr über die Grösse der Geschwulst zu hören. Die Schilderung lautet: „Unterhalb des linken Stimmbandes findet sich in der Gegend des Proc. voc. eine graugelbliche Geschwulst. Dieselbe sieht ziemlich glatt aus, sitzt breitbasig auf und erstreckt sich etwa 2 cm abwärts. Die obere Stimmbandfläche ist glatt und abgesehen von mässiger Röthe nicht verändert. Es besteht keine Bewegungsbeschränkung des linken Stimmbands . . . . Die Sondenuntersuchung zeigt, dass die Consistenz des Tumors eine weiche ist. Gehustet hat Pat. nicht. Hie und da sollen sich Blutspuren im Speichel gefunden haben Die Untersuchung der Lungen und des Sputums (ohne Husten?) ergab negative Resultate."

In dieser Schilderung finde ich 2 Momente, welche den Zweifel in mir weckten. Nach meiner, wie ich gern zugebe, geringen Erfahrung über Larynxsarkome, die aber völlig in Einklang steht mit den Angaben v. Schrötter's, ist die Consistenz der Larynxsarkome eine derbe. Sie kreischen unter dem Messer, sagt dieser Autor und hebt gerade diesen Umstand als differentialdiagnostisch wichtig hervor. Der fragliche Tumor war weich.

Ferner hat der Tumor keine Bewegungsstörung gemacht Ein bösartiger Tumor, aus dem submucösen Bindegewebe hervorgehend, breitbasig aufsitzend, vom unteren Stimmbandrand sich 2 cm nach abwärts erstreckend — also doch nicht ganz klein — macht Bewegungsstörungen.

Ich fordere drittens, dass in einem solchen Falle, der von vornherein nicht klar sein kann, der Verlauf beobachtet wird. Eine dringende Indication zur sofortigen Entfernung lag nicht vor. Dass der Tumor unter Herrn Scheinmann's Augen gewachsen sei, steht nirgends.

Weshalb, frage ich, hat Herr Scheinmann nicht von dem Hilfsmittel Gebrauch gemacht, welches wir alle in solchen zweifelhaften Fällen anwenden, um uns vor der Möglichkeit, eine auf innere Mittel weichende Geschwulst unnütz operirt zu haben, zu schützen, weshalb hat er nicht Jodkalium gegeben und dessen Wirkung abgewartet?

Also: die klinische Darstellung weist Lücken auf, welche dem Zweifel Raum lassen.

Aber, wird Herr Scheinmann sagen, die mikroskopische Untersuchung!

Nun, ich bin weit entfernt, deren Werth, namentlich, wenn ein Waldeyer das Untersuchungsresultat bestätigt, zu unterschätzen, möchte aber ebenso sehr vor ihrer Ueberschätzung warnen. Ich habe wohl nicht nöthig auszuführen, warum. Auch das Resultat der mikroskopischen Untersuchung ist für mich nur eine der für die Diagnose zu verwerthenden Grössen. Steht dasselbe im Einklang mit den übrigen Erscheinungen, um so besser Das Urtheil allein darauf zu basiren, halte ich nicht für angängig Was hat nun die mikroskopische Untersuchung in diesem Falle ergeben? „Mässig verdicktes Epithel, hochgradige Rundzellenwucherung, letztere nicht gleichmässig, sondern besonders an einer Stelle circumscript in Form eines längsovalen Gebildes. In der Tiefe spärliches Bindegewebe. Starke Vascularisation." Nichts ist gesagt über die Schnittrichtung, die vielleicht allein schon das längsovale Gebilde erklären würde Nichts von regressiven Veränderungen, wie solche von anderen Autoren bei Sarkomen berichtet werden. Daraus ein Sarkom zu diagnosticiren, wenn die klinischen Erscheinungen nicht dafür sprechen, vermag ich nicht, von der Schwierigkeit, ein kleines Stückchen eines Rundzellensarkoms — und das soll es doch sein — von dem einer Gummigeschwulst zu unterscheiden gar nicht zu reden.

Landgraf.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. Berlin, Februar. 1893. No. 8.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals etc.

1) **Henston** (Dublin). **Traumatische Epilepsie und Lähmung seit 6 Jahren bestehend mittelst Trepanation geheilt. (Traumatic epilepsy and paralysis of six years duration treated by trephining: Recovery.)** *The Dublin Journal of Med. Science. März 1892.*

Der Patient hatte eine deutliche Narbe in der linken Regio occipitalis, und diese Stelle wurde zur Operation gewählt. Krämpfe und Lähmungserscheinungen waren in den linken Extremitäten und an der linken Gesichtshälfte wahrgenommen worden.

Zu der Discussion über den vor der Academy of Medicine gehaltenen Vortrag ergriffen Stokes, Wheeler, Swanzy und der Vorsitzende (Croly) das Wort.

P. MC BRIDE.

2) **F. Delitzin** (Petersburg). **Ueber eine Varietät des Verlaufs der Art. thyreoidea superior.** *Arch. f. Anat. u. Physiol. 1892. Heft 1 u. 2.*

Die Art. thyreoid. sup. theilte sich nach Abgabe der Kehlkopf- und Schilddrüsenäste in 3 Aeste, von denen 2 zum vorderen und hinteren Rand des Kopfnickers ziehen, der 3. als Fortsetzung des Hauptstammes hinter dem vorderen Rand dieses Muskels und in seiner Scheide eingeschlossen nach abwärts bis zur Spalte zwischen den beiden Ursprungsstellen des Sternocleidomast. verlief und dann in feine Zweige zerfallend zwischen den oberen Bündeln des Pector. maj. verschwand, während diese Region gewöhnlich durch die A mammaria int. versorgt wird.

A. ROSENBERG.

3) **L. Jacobson. Einige neue Apparate und Instrumente zur Galvanokaustik und electrischen Beleuchtung.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 13.*

Titel deckt Inhalt, der sich zum Referiren nicht eignet. LANDGRAF.

b. Nase und Nasenrachenraum.

4) **G. G. Shoemaker. Behandlung des Nasencatarrhs. (Treatment of nasal catarrh.)** *Pittsburgh Med. Review. Juni 1892.*

Verf. bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden, ohne etwas Neues zu sagen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

5) **W. Robertson** (Newcastle). **Ozaena und Erkrankung der Highmorshöhle. (Ozaena and disease of the antrum of Highmore.)** *Brit. Medical Journal. 23. April 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber lenkt R. die Aufmerksamkeit auf seine Anschauung, nach der in allen Fällen von Ozaena die Highmorshöhle mitbetheiligt ist. MACKENZIE-JOHNSTON.

6) **P. Tissier. Die Affectionen der Nase und ihrer Adnexen bei der Influenza. (Des affections du nez et de ses annexes dans l'influenza.)** *Annales des mal. de l'oreille et du larynx. Juni 1892.*

Verf. bezeichnet die nasalen Erscheinungen bei der Influenza als recht häufige. Während der letzten Epidemie hat er häufig Coryza, Nasenbluten, eitrige Rhinitis und die verschiedenen Erkrankungen der Nebenhöhlen beobachtet.

E. J. MOURE.

7) **F. Lefils. Nasenbluten. (Epistaxis).** *Gazette medicale de Montreal. Januar 1892.*

Der Pat., ein Kind, litt an einer Wirbelerkrankung und amyloider Degeneration der Leber. — Eine klinische Vorlesung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) **A. B. Steven** (London). **Nasenbluten. (Epistaxis.)** *Lancet. 30. April 1892.*

Verf. fragt in einem Briefe an den Herausgeber, welcher Sinn darin liegt, dass man bei Nasenbluten den Pat. in rückgebeugter Stellung die Arme hochheben lässt. MACKENZIE-JOHNSTON.

9) **H. B. Ware. Drei scheinbar selbständige Affectionen, die häufig ihre Entstehung nasaler Stenose verdanken. (Three apparently independant affections which frequently owe their origin to nasal stenosis.)** *Journ. Ophth., Otol. and Laryngology. April 1892.*

Asthenopie; chronische Mandelschwellung; Asthma.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

10) **A. W. Watson. Angeborener knöcherner Verschluss der hinteren Nasenöffnung. (Congenital bony occlusion of the post-nares.)** *Philad. Polyclinic. Juni 1892.*

Mittheilung der Krankengeschichte; an der linken Seite war schon vorher

operirt worden. Soweit Verf. die Literatur übersieht, sind nur wenig Fälle dieser Art mitgetheilt und darunter noch ein Theil, wo es sich um membranösen Verschluss handelt. Im vorliegenden Fall war wahrscheinlich doppelseitiger knöcherner Verschluss vorhanden. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

11) **Treitel. Lues der Nase.** *Deutsche medic. Wochenschrift. 1892. No. 21.*

Demonstration eines Präparats. LANDGRAF.

12) **Rousseaux** (Bruxelles). **Seröse Cyste der Nasenscheidewand. (Kystes séreux de la cloison des fosses nasales.)** *La Clinique. No. 13. 1892. La Presse Méd. Belge. No. 16. 1892.*

R. theilt einen Fall von Nasenscheidewandcyste serösen Inhalts und reiskörnerartigen Concretionen mit, welche sich bei einer 30jährigen Frau nach einem Trauma entwickelt hatte. Die Concretionen waren: Eiterkörperchen in regressiver Metamorphose und Kalksalze. BAYER.

13) **E. B. Gleason. Exostosen der Nasenscheidewand und ihre Behandlung durch operative Eingriffe. (Exostoses of the nasal septum and their treatment by operative procedures.)** *International Med. Magazine. Juni 1892.*

Verf. zieht die Anwendung der Elektricität vor.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

14) **J. Dunn. Recurrirendes Oedem des oberen Augenlides infolge von Nasenpolypen. (Recurrent oedema of the upper eye lid from nasal polypus.)** *Am. Journ. of Ophthalmology. Mai 1892.*

D. berichtet über einen Fall, in dem wiederholt plötzlich ein Oedem des oberen Augenlides eingetreten war, ohne Schmerzen oder sonstige Zeichen von Entzündung.

Man fand die vorderen Partien beider mittleren Nasenmuscheln myxomatös entartet und Polypen daselbst. Durch Abtragung dieser und des erkrankten Gewebes wurde Heilung erzielt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

15) **C. Mc. Burney. Haematom der Nase. (Haematoma of the nose.)** *Internat. Journ. of Surgery. Sept. 1892.*

Eine klinische Vorlesung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **H. W. Loeb. Der Eisenbahnstaub in der Nase der Fahrenden. (Rail road dust in rail roader's noses.)** *Med. Fortnightly. 1. Juni 1892.*

Verf. legt Gewicht auf die filtrirende Function der Nase. Die Eisenbahnleute sollten ihre Nase von allen Verschliessungen freihalten und irgend ein öliges Präparat in Form eines Spray einführen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) **Seeligmann** (Karlsruhe). **Ueber Nasensteine.** Inaug.-Dissertation. Heidelberg 1892.

S. theilt zwei von seinem Vater beobachtete Fälle mit.

Der erste Fall betraf ein 14jähriges Mädchen, bei welchem ein Stein von

der Grösse einer Walderdbeere in der rechten Nasenhöhle lag. Wahrscheinlich bestand der Stein aus Schwefelkies.

Der zweite Fall betraf eine 21jährige Näherin, welche einen mandelgrossen Stein in der linken Nasenhöhle trug. Der Kern desselben bestand aus einem gut erhaltenen Pfropfe von Zeitungspapier.

SEIFERT.

18) **Tetau. Einfluss der Behandlung des Nasenrachenraums auf die Frühjahrsconjunctivitis und auf gewisse mit dieser Affection in Zusammenhang stehende Formen der Keratoconjunctivitis. (Influence du traitement rhino-pharyngien dans la conjunctivite printannière et dans certaines formes de kerato-conjunctivites se rapprochant de cette affection.)** *Thèse de Paris. 1892.*

Die kerato-conjunctivalen Erkrankungen sind bei gewissen Affectionen des Halses häufig. Hierher gehört die phlyctaenuläre miliare Conjunctivitis, die zu ihren Ursachen auch die Erkrankungen des Nasenrachenraums zählen muss.

Was die Behandlung vom Nasopharynx aus anlangt, so giebt dieselbe um so bemerkenswerthere Resultate, je mehr die Krankheit sich auf die bulbäre Conjunctivitis beschränkt. Die Behandlung besteht in der Entlastung der Höhlen von den pathologischen Produkten, die sich daselbst anhäufen könnten, und vor allem in einer Antiseptik dieser Höhlen.

Bei den der Frühjahrsconjunctivitis nahestehenden Affectionen verliert die nasale Behandlung ihre Bedeutung in dem Maasse, als die Processe sich mehr gegen die Cornea hin ausdehnen; sie verliert sie um so mehr, je weniger oberflächlich und je mehr central die Ulceration liegt.

Zur Stütze dieser Behauptung führt der Verf. 10 Beobachtungen auf; wir müssen zu denselben jedoch bemerken, dass die Krankheit in der Mehrzahl dieser Fälle sich zu ganz anderen Zeiten als im Frühling zeigte: im December, Februar, Juni, Juli. Ob es sich in diesen Fällen um Exacerbationen im Winter handelt, ob Recidive in den vom Frühling mehr oder weniger entfernten Jahreszeiten vorliegen, die Bezeichnung „Frühlings-Conjunctivitis“ erscheint jedenfalls nicht als glücklich gewählt.

J. BARATOUX.

19) **Ziem. Ueber intraoculare Erscheinungen im Gefolge von Nasenkrankheiten.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 16. 1892.*

Ein Patient mit Sarkom oder Carcinom der Nase und des Nasenrachenraumes zeigte beiderseits eine hochgradige Einschränkung des Gesichtsfeldes, so dass man an eine retrobulbäre Neuritis denken musste. Durch methodische Ausspritzung und Entfernung des Eiters verlor sich diese Erscheinung fast völlig, so dass Z. den Grund der Sehstörung in collateraler Fluxion oder Stase von der angeschwollenen Nasenschleimhaut erblickt, wie er dies schon früher gethan.

SCHECH.

20) **G. E. de Schweinitz. Asthenopie und intranasale Erkrankung. (A note on asthenopia and intranasal disease.)** *Philadelphia Medical News. 2. April 1892.*

Es steht fest, dass eine grosse Zahl von Störungen im Gebiete der Augen

(Blepharitis, chronische Hyperämie der Conjunctiven, phlyctaenuläre Kerato-Conjunctivitis und Dakryocystitis) ihren Ursprung in intranasaler Erkrankung haben können. Weniger häufig besteht ein Zusammenhang zwischen atrophischen Zuständen der Nasenschleimhaut und degenerativen Vorgängen im Sehnerven; dagegen liegt eine ganze Anzahl von Beobachtungen vor, in denen eine Reihe von Symptomen auf die Augen sich beziehen liess, und in denen die Augen selbst bezüglich der Thätigkeit der äusseren Augenmuskeln und der Refractionsverhältnisse abnorm waren, die aber nichts destoweniger mit naso-pharyngealen Erkrankungen in ursächlichem Zusammenhange standen. Verf. theilt 3 sehr instructive Fälle mit, welche als Illustration für diese letzte Classe dienen können.

LEFFERTS.

21) **G. E. de Schweinitz. Ein paar Fälle von obstruirender Erkrankung der Thränenwege und die damit verbundenen intra-nasalen Processe. (Some cases of obstructive disease of the lachrymal passages and the associated intranasal lesions.)** *University Med. Mag. Mai 1892.*

Die mitgetheilten Fälle beleuchten die Thatsache, dass die Heilung obstruirender Affectionen der Thränenwege nicht nur durch die gewöhnlichen zur Eröffnung der verschlossenen Wege gewählten Maassnahmen im Verein mit der gebräuchlichen intra-nasalen Behandlung thatsächlich erleichtert wird, sondern dass auch radicalere Eingriffe in den Nasenhöhlen und im Rachen, welche in der grossen Mehrzahl der Fälle die zuerst afficirten Regionen sind, oft als nützlich sich erweisen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

22) **Edward Woakes** (London). **Die Pathologie und die Diagnose der necrotisirenden Ethmoiditis. (The pathology and diagnosis of necrosing ethmoiditis.)** *Brit. Med. Journ. 12. März 1892.*

In seinem in der Section für Chirurgie auf der Jahresversammlung der B. M. A. 1891 gehaltenen Vortrag kommt W. auf die Ansichten zurück, die er selbst im Jahre 1885 ausgesprochen hat, er hat damals gezeigt, dass der mittlere Muschelfortsatz des Siebbeins einem entzündlichen Process unterworfen ist, der eine starke Vermehrung der bindegewebigen Elemente seiner Schleimhaut verursacht. Diese Bindegewebsbildung ist das erste Stadium eines Processes, der dann zur Obliteration der Arterien, zur Resorption von Knochen und zur Entwicklung von Cysten und von Polypen und von Granulationsgewebe führt, bis am Ende eine Nekrose des Knochens stattfindet. W. beschreibt eine Reihe von Präparaten, die Sydney Martin mit seiner Unterstützung angefertigt hat; dieselben erweisen, dass in allen Fällen — im Ganzen 20 — die Schleimhaut tiefgehende Veränderungen infolge einer chronischen Entzündung erfahren hatte, und dass im Anschluss hieran weitere wichtige Veränderungen in den Drüsen, Arterien, Venen und im Knochengewebe selbst stattgefunden hatten.

W. sucht durch seine Darlegungen die Existenz der nekrotisirenden Ethmoiditis und die Richtigkeit seiner Behauptung, dass diese Affection die Ursache der Nasenpolypen ist, zu erweisen.

MACKENZIE-JOHNSTON.

23) G. Strazza (Genua). **Umfangreicher cystischer Tumor des Siebbeins. — Ein Fall von vollständigem Verschluss der Nasenrachenraumhöhle. (Un grosso tumore cistico dell'etmoide. Un caso di chiusura completa del cavo faringeo superiore.)** *Bollettino delle malat. di gola etc. März 1892.*

S. berichtet über zwei wichtige Fälle. In dem ersten handelte es sich um eine Schleimhautcyste in dem Siebbeinlabyrinth. Die Kranke zeigte starken Exophthalmus am rechten Auge infolge Verdrängung der internen Orbitalwand. Bei der rhinoskopischen Untersuchung bemerkte man einen umfangreichen Tumor in der rechten Seite der Nase mit starker Verbiegung des Septums. Die Geschwulst war von harter, knochiger Consistenz. Es wurde die Punction gemacht und eine dicke, gelbliche Flüssigkeit gewonnen. Vollständige Exstirpation. Rasche Besserung, Verschwinden des Exophthalmus.

S. macht einige bemerkenswerthe Darlegungen über die Diagnose, die bezüglich des Sitzes und der Natur etc. nicht leicht zu stellen ist. Er erinnert an ähnliche publicirte Fälle und stellt einen kritischen Vergleich an zwischen seinem Falle und denen von Bayer, Schmithuisen, Hartmann, Schäfer, Schech u. s. w., die alle unter dem Namen „Knochencysten" gehen. S. hält diese Bezeichnung für eine recht allgemeine und fast stets ungeeignete.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 39jährige Frau mit allen Symptomen der nasalen Verstopfung. Dieselbe zeigte in der rechten Nasenhöhle eine Membran, fast genau im Centrum; ferner in dem Nasenrachenraum eine Membran, die am Gaumensegel, an der hinteren Wand des Rachens und an seinen beiden Seiten festsass und links eine Oeffnung hatte. Es wurde mit dem Galvanokauter operirt. S. stellt auch hier Betrachtungen über die Natur und den Ursprung der Affection an: Missbildung oder Syphilis?

CARDONE.

24) F. L. Stillmans. **Zwei Fälle von eitrigem Nasenfluss. (Two cases of purulent rhinal discharge.)** *N. Y. Med. Record. 13. Februar 1892.*

Empyem der rechten Highmorshöhle und wahrscheinlich chronische eitrige Entzündung der vorderen und hinteren Siebbeinzellen — und möglicherweise auch der Keilbeinzellen — in dem zweiten Falle. In Bezug auf die Behandlung wird nichts Neues gesagt.

LEFFERTS.

25) E. Lamphear. **Abscess der Stirnhöhle; Trepanation; Heilung. (Abscess of the frontal sinus; Trephining; Recovery.)** *Kansas City Medical Index. April 1892.*

Der Pat. litt im Anschluss an Coryza an schweren Kopfschmerzen, für die sich eine Ursache nicht auffinden liess. Eine Diagnose wurde nicht gestellt, als aber Symptome von Hirndruck auftraten, entschloss man sich zur Trepanation. Es wurde eine Incision in der Linie der Augenbrauen an der Nasenwurzel gemacht und dann $1/4$ Zoll nach oben und innen vom inneren Winkel der Orbita die Stirnhöhle eröffnet, wobei eine gewisse Menge Eiter sich entleerte. Die Oeffnung wurde nun nach rechts herüber verbreitert und dabei noch fast 50 ccm Eiter abgelassen. Die Höhle wurde ausgespült und ein Drainrohr eingelegt. Der Schmerz hörte unmittelbar nach der Operation auf.

Verf. will eine exploratorische Operation am Kopfe als ebenso berechtigt angesehen wissen, wie die probatorische Laparotomie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **Prochnow** (Pest). **Zwei Fälle von Ectasie der Sinus frontales.** *Gyógyászat. 1891. No. 39.* Excerpt *Pest. med. chir. Presse. 1892. No. 2.*

In einem Falle handelte es sich um cystische Geschwülste, die zuletzt als Tumor von der Grösse zweier Fäuste an der rechten Stirnhälfte hervorragten. An einer Stelle war der Tumor aufgebrochen und liess in eine Höhle blicken, deren hintere Wand pulsirte. Operation wird nicht gestattet.

Der zweite Fall betraf ein Osteom der rechten Stirnhöhle, welches theilweise exstirpirt wurde.

CHIARI.

27) **Poppert. Zur Casuistik der Stirnhöhlenosteome.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 3. 1892.*

Abnorm grosse Geschwulst bei einem 26 jährigen Manne, dessen Leiden vor 9 Jahren begonnen hatte. Die Operation war sehr schwierig und trat völlige Heilung ein.

Der Form nach unterscheidet man äussere Exostosen und eingekapselte Osteome: bei diesen letzteren besteht die Gefahr der Eröffnung des Schädelinneren; ihre Entstehung dürfte auf eine Störung in der Entwicklung der Nebenhöhlen der Nase zurückzuführen sein, was damit übereinstimmt, dass diese Geschwülste in der Pubertätszeit am häufigsten sind. In der Regel besitzen die Osteome zwei Schichten, eine äussere elfenbeinharte Schale und nahe am Stiele eine spongiöse Substanz.

Bei ihrem Wachsthum wird das Orbitaldach und der Bulbus nach aussen und unten verdrängt, die Stirnhöhle nach vorne oder gegen die Schädelhöhle eröffnet; zuweilen gesellen sich entzündliche Erscheinungen dazu, oder es lösen sich die Osteome von selbst ab (todte Osteome). Die Radicalentfernung der Osteome ist bei der heutigen Antisepsis nicht zu scheuen.

SCHECH.

28) **Nakel** (Liebenthal) **Ein Fall von rechtsseitigem Stirnhöhlenosteom.** *Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 33. Bd. 2. u. 3. 1892.*

Fall aus der Privatheilanstalt von Steffel in Chemnitz.

18 jähriges Mädchen, dessen rechte Stirnhälfte einen der Lage des Sinus frontalis entsprechenden Tumor von Apfelgrösse aufwies. Operation. Der Tumor sass ungefähr da auf, wo sich Os frontale mit dem Os ethmoidale verbindet. Der Tumor besteht aus elfenbeinharter Knochenmasse, die nach dem Stiele zu in spongiöses Knochengewebe übergeht.

SEIFERT.

29) **Moure. Hypertrophie der Luschka'schen Drüse. (Hypertrophie de la glande de Luschka)** *Journ. méd. de Bordeaux. 21. Febr. 1892.*

Verf. legt eine Luschka'sche Drüse vor, die er bei einem Kinde von 32 Monaten entfernt hat; dieselbe hat den Umfang einer Mandel und gleicht auch sonst in jeder Hinsicht einer Gaumentonsille.

E. J. MOURE.

30) **Ruault. Ueber die Behandlung des Catarrhs der Rachentonsille und besonders der circumscripten Form desselben, der sog. Tornwaldt'schen Angina. (Note sur le traitement du catarrhe de l'amygdale pharyngée et en particulier de sa forme circonscrite dite l'angine de Tornwaldt.)** *Archives intern. de laryngol. de rhinologie etc. Mai-Juni 1892. No. 3.*

Verf. empfiehlt mit einem scharfen Häkchen alle Blindgänge der Rachentonsille aufzureissen (Discission), alle ihre Buchten zu curettiren und alle freien Ränder mit der scharfen Curette zu beschneiden; danach sollen die afficirten Theile mit einer starken Jod- oder Carbollösung geätzt werden.

E. J. MOURE.

31) **Baumgarten** (Budapest). **Der Catarrh des Recessus pharyngeus medius.** *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 20.*

B. ist wie Ref. der Ansicht, dass ein allgemeiner Katarrh des Nasenrachenraumes oft abläuft, aber manchmal eine chronische Entzündung in dem Recessus pharyng. med. oder lateralis zurücklässt. Lokalisirte Erkrankung des Recessus pharyng. med. fand er unter 3000 Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Ohrenkranken 26mal, und zwar 9mal die sekretorische Form, 17mal die trockene. 18 derselben heilten, gewöhnlich nach Auskratzung. Als Ursache der Häufigkeit dieser Erkrankung des Recessus pharyng. med. in Budapest führt er an die Häufigkeit der Hypertrophie der Luschka'schen Tonsille. Oft fand er den Katarrh des Rec. pharyng. med. zusammen mit Erkrankungen des Rachens, der Nase und beobachtete, dass er bei trockener Rhinitis und Pharyngitis viel schwerer zu heilen, ja oft nicht völlig heilbar sei. Cysten der Rachentonsille sah er nur 4mal, aber ohne Zusammenhang mit dem Rec. pharyng. med.

CHIARI.

32) **Ziem** (Danzig). **Nochmals die sogenannte Tornwaldt'sche Krankheit.** *Wien. klin. Wochenschr. 1892. No. 6.*

33) **O. Chiari** (Wien). **Entgegnung darauf.** *Wiener klin. Wochenschrift. 1892. No. 13.*

Beide Artikel kamen wegen Raummangel in der klinischen Wochenschrift erst spät zur Veröffentlichung.

Ziem vertritt seine Ansicht, dass solche Erkrankungen sehr selten sind, ihm niemals vorkamen und durch Eiterungen in der Nase vorgetäuscht wurden. Man müsse daher immer mit der Mayer'schen Druckpumpe unter starkem Drucke die Nase ausspülen, dann kommen oft, manchmal wohl erst nach öfterer Wiederholung der Procedur, und vielleicht nur sehr geringe Mengen von Eiter oder gelblichen Flocken oder Platten, Bröckeln zum Vorschein in dem anscheinend reinen Spülwasser (Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc., 1890, S. 206). Endlich empfiehlt Z. für die Ueberzahl aller Krankheitsfälle im Nasenrachenraume nur die digitale Untersuchung.

O. Chiari entgegnet darauf, dass er Naseneiterungen durch Inspection von von vorne und hinten allein für vollkommen nachweisbar halte, dass er die Mayer'sche Druckpumpe wegen ihres stärkeren Druckes für bedenklich halte, und dass der Nachweis einer gelblichen Flocke etc. nicht als Beweis einer

Naseneiterung dienen könne, dass eine Eiterung aus der Bursa pharyngea selbst bei Bestehen der Nasenerkrankung behandelt werden müsse und sehr leicht und schnell behandelt werden könne und endlich, dass die Rhinoscopia posterior durchaus den Vorzug vor der digitalen Untersuchung verdiene. CHIARI.

34) C. G. Fellows. **Einige Punkte bezüglich der Behandlung des postnasalen Catarrhs. (Some points concerning the treatment of post-nasal catarrh.)** *Medical Era. Juni 1892.*

Wenn zwar die richtig indicirten (homoeopathischen) Mittel auch ein gut Theil für sich allein leisten können, so ist doch nach F. zur Heilung von Fällen, in denen Hypertrophie der Muscheln, Deviation des Septums etc. vorliegen, ein chirurgischer Eingriff nothwendig. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) Arthur Nevins (Hanley). **Der Nasenrachenraum bei der Influenza. (The naso-pharynx in influenza.)** *Lancet. 16. April 1892.*

Verf. meint, dass in allen Influenzafällen eine Entzündung der Nasenrachenschleimhaut besteht, und dass hier wahrscheinlich auch die Stelle der Infection zu suchen ist. Verf. erzielte ausserordentlich befriedigende Resultate mit der Lokalbehandlung in Fällen von Influenza, indem er die Nase häufig mit einem Spray von 0,25 Kal. chloric. und 0,25 Tinct. ferri sesquichlor. auf 30,0 Pfefferminzwasser ausspritzte. MACKENZIE JOHNSTON.

36) Gerber. **Syphilis des Nasenrachenraums.** *Archiv für Dermatol. u. Syphilis. 1892.*

Nach Hinweis auf die stiefmütterliche Behandlung der Krankheiten des Nasenrachenraums, welche ihre Begründung findet in dem Mangel genauer Untersuchung, schildert G. einen Fall von syphilitischem Geschwüre des Cav. pharyngo-nasale bei gesunder Schleimhaut der Mundhöhle und der Nase. Prompte Heilung auf Jodkali und Schmiercur. LANDGRAF.

37) Wm. C. Braislin. **Nasenrachenraumstenose. (Naso-pharyngeal stenosis.)** *Phil. Med. News. 26. März 1892.*

Unter Stenose des Rachens versteht man jeden Zustand, bei dem die Wandung verdickt ist, so dass sie in einem gewissen Grade das normale Kaliber des Rachenraums beengt, ob die Verdickung der Wandung nun durch chronische Schwellung der Gefässe, durch Hypertrophie der drüsigen Theile oder durch Ablagerung entzündlicher Produkte innerhalb der Gewebe selbst bedingt ist. Die Bedeutung einer solchen Stenose für die Behandlung aller chronischen Entzündungszustände des Respirationstractus kann gar nicht überschätzt werden. Der stenosirte Nasenrachenraum bietet, sei die Stenose eine partielle, wie bei chronischer Congestion, oder eine complete, wie bei adenoiden Vegetationen, für die Therapie folgende Angriffspunkte, natürlich in wechselnder Stärke: Erstens die abnormen Secretionen; zweitens die ungenügende Zufuhr von Luft zu den Lungen und die Präparation der Athemluft. LEFFERTS.

38) Goris. **Angeborene Gaumenspalte mit adenoiden Wucherungen; Rheumatismus muscul. des Larynx, Tracheotomie, Dermoidcyste der Regio subhyoidea. (Voile du palais congénitalement divisé; végétations adénoides; rhumatisme musculaire du larynx; trachéotomie; dans la region sushyoidienne un kyste dermoide.)** *La Presse Méd. Belge. No. 18. 1892.*

In der med. chirurg. Gesellschaft von Brabant, Sitzung vom 23. April 1892, stellte G. angeführte Fälle vor, die keines weiteren Commentars bedürfen. (Nicht sehr klar. Wurde z. B. wegen „Muskelrheumatismus des Larynx" tracheotomirt? Red.)

BAYER.

39) L. Rousseaux (Brüssel). **Bezüglich der Operationen adenoider Vegetationen im Nasenrachenraum mit electrischen Curetten. (A propos de l'opération des végétations adénoides du pharynx nasal par les curettes électriques.)** *La Clinique. No. 19. 1892. La Presse méd. 25. 1892.*

Der Autor glaubt damit vor allen Unfällen am gesichersten zu sein; er findet die Methode zu wenig verbreitet. Vor den blutigen Operationen biete sie einen entschiedenen Vortheil, sowohl was das Resultat anbelangt, als auch die leichte Ausführbarkeit, nicht zu vergessen den moralischen Eindruck auf den Patienten.

BAYER.

40) Debaisieux. **Nasenrachenpolyp; temporäre Resection des Nasendaches. (Polype nasopharyngien; résection temporaire de l'auvent nasal.)** *Acad. Med. Belgique. Mars 1892. La Presse Méd. Belge. 17. 1892.*

D. theilt 3 Beobachtungen von fibrösen Nasenrachenpolypen mit, von denen 2 auf natürlichem Wege, der 3. nach erfolgloser elektrolytischen Behandlung durch temporäre Resection des Oberkiefers operirt wurde.

D. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Wenig voluminöse, nicht zu breit aufsitzende, wenig auf die Nebenhöhlen übergreifende Polypen müssen auf natürlichem Wege operirt werden.

2. Zu diesem Zwecke nehmen die Elektrolyse und das Ausreissen mit Auskratzen den ersten Platz ein. Wenn die Elektrolyse kein Resultat giebt, so soll man mit dem Ausreissen und Auskratzen der Basilar-Apophyse nicht zögern.

3. Ist die Nothwendigkeit des Anlegens eines künstlichen Zuganges erkannt, so muss man die Resection des Oberkiefers vornehmen. Die Deplacirung des Nasengerüstes nach Thirifahy ist nicht zu empfehlen.

BAYER.

41) H. Foster. **Postnasale Geschwülste und ihre Beziehung zu Krankheiten des Mittelohrs. (Post-nasal growths and their relation to disease of the middle ear.)** *Omaha Clinic. Mai 1892.*

Bei Kindern mit Störungen im Gebiete der Ohren soll die Nase stets untersucht werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) Baumgarten (Pest). **Die Neurosen und Reflexneurosen des Nasenrachenraums.** Vortrag in der Gesellschaft d. Aerzte in Budapest am 28. Januar 1892. — *Pest. med. chir. Presse. 1892. No. 5.*

B. spricht über die von ihm in den letzten 6 Jahren beobachteten Fälle,

die so ziemlich alle von der Nase her bekannten Reflexe umfassen und durch Erkrankungen des Nasenrachenraumes bedingt waren. Er konnte sie von dort aus meistens heilen. Er theilt sie ein in subjective (Sensationen verschiedener Art) und objective, die sich auf Schleimdrüsen, Speicheldrüsen, Thränendrüsen, auf Gefässe, Nerven und Muskeln beinahe des ganzen Körpers erstrecken. Referent muss bemerken, dass ihm so viele Reflexneurosen vom Nasenrachenraume ausgehend noch nie zur Beobachtung kamen. CHIARI.

43) **E. Baumgarten. Die Neurosen und Reflexneurosen des Nasenrachenraums.** *Sammlung klin. Worte. 1892. No. 44.*

A. Neurosen.

B. Reflexneurosen.

a) Ohr: gewisse fortgeleitete Beschwerden, selten reflektorische.

b) Nase: Zuckungen der Nasenflügel bei adenoiden Vegetationen.

c) Auge: Blinzeln, choreaartige Zuckungen der Augenlider — reflektorisch. 1 mal sah B. eine Reflexneurose des ganzen vorderen Ciliargebiets; Schmerzen in den Augen, Lichtscheu, Thränenträufeln u. a. m.

d) Rachen: reflektorischer Pharyngospasmus und Rachenhusten. Die Paresen des Gaumensegels sind Inactivitätsparesen, mit Stottern besteht ein gewisser Causalnexus.

e) Kehlkopf: ob die Paresen reflektorischer Natur sind, ist fraglich; dagegen sah B. 5 mal Laryngospasmus, 1 mal Neuralgie.

f) Brust und Brustorgane: Alpdrücken, unter 15 Fällen von Asthma nervosum waren 10 Kinder, Herzklopfen.

g) Bauch: Erbrechen, Rülpsen, Schluchsen, — Enuresis.

h) Gehör und seine Häute: Hyperämie, Anämie, Occipitalneuralgie, Aprosexie.

Die Reflexe gehen direkt vom Nasenrachenraum aus, oder daselbst befindet sich die Reizquelle, und die Reflexe werden durch Vermittelung der Nase ausgelöst.

Die Reflexe sind

1. subjectiv: Anästhesie, Hyperästhesie, Parästhesie, oder
2. objectiv und betreffen dann:
   a) die Schleimdrüsen — secretorische Reflexe;
   b) die Gefässe — vasodilatatorische und vasoconstrictorische Reflexe;
   c) Nerven — Neuralgien;
   d) Muskeln — spastische und paralytische Reflexe.

A. ROSENBERG.

44) **P. Mc Bride** (Edinburgh). **Die Behandlung des Nasenrachenraums. (The treatment of the naso-pharynx.)** *Lancet. 21. Mai 1892.*

Eine persönliche Erklärung. MACKENZIE-JOHNSTON.

45) **L. A. Dessar. Eine seitlich schneidende Curette. (A lateral-cutting curette.)** *N. Y. Med. Journ. 16. April 1892.*

Die Curette hat nur einen schneidenden Rand, der andere ist stumpf, und es sind 2 Instrumente nöthig, um das gesammte adenoide Gewebe aus der Rachenwölbung und von den seitlichen Rachenwänden zu entfernen. Die Curette wird dicht an der Seitenwand entlang eingeführt und hinter die Gaumenbögen gebracht, da die eine Kante stumpf ist, kann dabei nichts vom Rachengewebe verletzt werden. Mit seitlich schabenden Bewegungen entfernt man die adenoiden Wucherungen aus der Rachenwölbung und von der entgegengesetzten Seite des Rachens. Die eine Curette schneidet von links nach rechts, die andere von rechts nach links.

LEFFERTS.

46) **Herzfeld. Ein neuer Katheter für die Tuba Eustachii.** *Berl. klin. Wochenschrift. 1892. No. 11.*

An Stelle der Krümmung des gewöhnlichen Katheters ist eine Stahlspirale eingelassen. Ein eingeschobener Mandrin gleicht bei der Einführung die Krümmung aus, so dass der Katheter zunächst einen einfachen geraden Stab darstellt; nach Entfernung des Mandrins aber die gewöhnliche Form annimmt. (Pfau, Dorotheenstr. 67.)

LANDGRAF.

c. Mundrachenhöhle.

47) **Jules Aakerman** (Schweden). **Ein eigenthümlicher Fall von Gesichtsmissbildung. (Ett egendomligt fall af ansigtsmissbildning.)** *Hygiea. Januar 1891. p. 30.*

Verf. beschreibt ausführlich einen Fall, den er bei einem 1 Monat alten Mädchen beobachtet hat. In der Gegend der Nasenwurzel auf der rechten Seite, über- und innerhalb des rechten Augenwinkels sass eine penisähnliche Bildung, 2,3 cm lang, 4,4—3,2 cm im Umkreise. Ein blindendigender feiner Canal durchbohrte die Bildung, die mit normaler Haut bekleidet war. Die rechte Nasenöffnung war sehr klein und führte in einen Canal, der $^2/_3$ cm lang war und blind endigte. Die Choana posterior dextra war verschlossen, die linke Seite der Nasenhöhle dagegen normal. Ausserdem fand sich ein Coloboma des rechten Augenlides, Zerklüftung des weichen Gaumens und verschiedene Missbildungen der Mundhöhle vor. Die penisähnliche Prominenz der Nasenwurzel wurde exstirpirt und zeigte sich mikroskopisch als aus dem deplacirten rechten Geruchsorgan (der rechten Nasenhälfte) bestehend. Der Fall wird mit dem von Landow (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, 1890, S. 544) beschriebenen in Parallele gestellt. (Ein ähnlicher Fall ist von Rawdon, Liverpool medico-chirurgical Journ., July 1887, siehe dieses Centralblatt, V., S. 9, beschrieben. Ref.)

SCHMIEGELOW.

48) **Van Campenhout. Abgekapselter Wangenabscess. (Abcès enkysté de la joue.)** *La Clinique. No. 14. 1892.*

Incision der Haut und des Abscesses. Vereinigung mit Catgut. Heilung nach 8 Tagen.

BAYER.

49) **W. S. Gottheil. Schanker der Lippe. — Gumma der Zunge. (Chancre of the lip. — Gumma of the tongue.)** *Intern. Journ. of Surgery. Juni 1892.*

Ein klinischer Vortrag; ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

50) **E. Fränkel** (Hamburg). **Ueber einen Fall von Makrocheilie durch Adenome der Lippenschleimdrüsen.** *Arch. f. klin. Chir. 44. 1. 1892.*

Mann von 19 Jahren, bei welchem von den Eltern seit dem 4. Lebensjahre eine stetig zunehmende Grössen- und Dickenzunahme der Unterlippe beobachtet wurde. Schliesslich hing die Lippe beständig herab, so dass die Schleimhaut zu Tage lag. Operation durch Schede. Bei der histologischen Untersuchung der bei der Incision vorquellenden Tumoren ergab es sich, dass es sich um Adenombildung der Schleimdrüsen an der Unterlippe handelte, also um ein ungewöhnlich seltenes anatomisches Substrat der sogenannten Makrocheilie. Irgend welche entzündliche Veränderungen fehlten.

SEIFERT.

51) **Van Campenhout. Oberkieferexstirpation wegen Phosphorcaries. (Extirpation des maxillaires supérieures pour carie phosphorée.)** *La Clinique. No. 14. 1892.*

Die 28jährige Patientin hatte schon mit 10 Jahren in einer Zündholzfabrik gearbeitet! In ihrem 24. Jahre begann die Caries am 1. linken oberen Mahlzahn und ergriff dann der Reihe nach die übrigen Zähne und beide Oberkiefer. Die Extraction der letzteren war sehr einfach.

BAYER.

52) **B. Baginsky** und **Katzenstein. Carcinom der Uvula.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1892. No. 9.*

Demonstration eines 69jährigen Mannes mit obiger Affection. Halsdrüsen links in grosser Ausdehnung carcinomatös entartet.

LANDGRAF.

53) **Delore. Zur Urano-staphylorraphie bei Kindern im ersten Lebensjahre. (De l'urano-staphylorraphie chez les enfants du premier âge.)** *Lyon médical. No. 21—23. 22. u. 29. Mai u. 5. Juni 1892.*

Der Verf. räth, diese Operation im Laufe des ersten Lebensjahres vorzunehmen, wenn das Kind widerstandsfähig ist: man hat dabei den Vortheil, von Seiten des Kindes auf keinerlei Schwierigkeiten zu stossen; die Chloroformirung ist leicht, der Gaumen ist wenig tief, Zähne sind noch nicht vorhanden. Bei Erwachsenen sind einmal die Blutungen zu fürchten; ferner ist bei ihnen die Ablösung der Schleimhaut sehr schwierig wegen der engen Verwachsung derselben mit dem Knochen. Schliesslich lernt auch das im frühsten Alter operirte Kind sehr viel schneller sprechen.

J. BARATOUX.

54) **P. Tissier** und **Coursier. Die prodromale Angina bei Pneumonie. (De l'angine prodromique de la pneumonie.)** *Annal. de méd. 1892. p. 269.*

Die Verff. hatten Gelegenheit, einen Fall von Pneumokokkeninfection genauer zu verfolgen, deren erste Etappe die Tonsille war, und die sich durch eine richtige acute lobäre Pneumonie charakterisirte. Die initiale folliculäre Tonsillitis

dieses Kranken kann als eine Art Auto-Infection aufgefasst werden. Der plötzliche Beginn der Mandelentzündung, die Intensität der Allgemeinsymptome, das Vorhandensein von Albumen, die kurze Dauer der Erkrankung, die sehr schnelle Entfieberung sprechen für die pneumokokkische Natur der tonsillären Infection. Nach Ansicht der Verff. ist die Lungenerkrankung secundär eine Folge der Tonsillarinfection gewesen. Die lokale Behandlung bestand in reichlichen Irrigationen unter starkem Druck, häufig wiederholt, das beste Antisepticum für diese Fälle scheint die Salicylsäure (1 : 1000) zu sein. J. BARATOUX.

55) **Dieulafoy. Zwei Fälle von Angina bei Typhus. (Deux cas d'angine de la fièvre typhoide.)** *Gazette des hôpitaux. 1892. p. 832.*

Verf. berichtet über 2 Kranke mit einem mittelschweren Typhus, die — der eine 16 Tage nach dem Krankheitsausbruch, der andere fast beim Beginn — von secundären Infectionserscheinungen befallen wurden, welche beim ersten auf den Streptococcus, beim zweiten Pat. auf den Staphylococcus albus zurückzuführen waren; beidemal erschien im Rachen das erste Zeichen der Infection, die dann eine allgemeine wurde und zu Abscessen und zu einer Phlegmasia alba dolens führte. J. BARATOUX.

56) **W. H. Bates. Die Behandlung chronischer Schleimhautentzündungen im Auge, Ohr und Hals. (Treatment of chronic inflammation of the mucous membrane of the eye, ear and throat.)** *Virginia Med. Monthly. Juni 1892.*

Von den die Behandlung des Halses betreffenden Daten ist nichts besonderes zu erwähnen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

57) **J. C. Mulhall. Der membranöse Halsschmerz bei der Grippe. (The membranous sore-throat of La Grippe.)** *Med. Fortinghtly. 1. Juni 1892.*

Verf. beschreibt eine besondere Form der Halserkrankung, die er in acht Fällen beobachtet hat. Die Membran ist weiss, dünn; ihre Ränder sind, abweichend von dem Verhalten der Diphtherie, nicht ablösbar. Das Hauptsymptom ist der Schmerz, zu dem die objectiven Zeichen in gar keinem Verhältniss stehen.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

58) **J. Dunn. Fünf Fälle von Nadel-Empfindung im Halse. (Five cases of the pin sensation in the throat.)** *N. Y. Med. Journ. 1. Juni 1892.*

Die D.'schen Fälle scheinen darauf hinzuweisen, dass in den Fällen, in denen die Pat. „das Gefühl haben, als ob eine Nadel im Halse stecke", die Ursache eine bestimmte und keineswegs immer blos eine eingebildete ist; in einem gewissen Procentsatz der Fälle ist die Ursache in der Nachbarschaft der Tonsille zu suchen, sie liegt entweder in einer acuten entzündlichen „Granulation" oder in einer Hypertrophie der Lymphgefässe hinter dem hinteren Gaumenbogen der Seite, auf der die Empfindung des Fremdkörpers geklagt wird. Diese Fälle lehren weiterhin, dass man bei genauem Zusehen die Quelle der Empfindung entdecken und, nachdem man sie gefunden, dem Pat. die Ursache seiner Beschwerden ge-

nau angeben kann, wodurch man ihm einen grösseren Dienst erweist, als wenn man ihm sagt: „die Nadel hat beim Herabgleiten die Oesophaguswand gereizt, und es wird alles gut sein, wenn diese Kratzwunden erst geheilt sind“ oder ähnliches. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) **J. C. Mulhall. Halskrankheiten ohne objective Symptome. (Throat diseases without objective symptoms.)** *Annals of Ophthalmology and Otology. April 1892.*

M. erwähnt eine Reihe merkwürdiger Irrthümer, die bei der Diagnose von Halskrankheiten vorgekommen sind. Was man vom Uterus gesagt hat, könnte man ebenso gut vom Pharynx sagen: es scheint Rachenkrankheiten zu geben ohne Symptome im Rachen und Symptome seitens des Rachens ohne Rachenerkrankung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **R. S. Miller. Varicöse Venen im Halse. (Varicose Veins in the fauces.)** *Brit. Med. Journ. 23. April 1892.*

Bezugnehmend auf einen von Croker mitgetheilten Fall spricht M. seine Meinung dahin aus, dass solche Varicositäten recht gewöhnlich vorkommen und eine Ursache der Blutungen bilden. Er behandelt sie mit dem Galvanokauter.

MACKENZIE-JOHNSTON.

61) **Richardson. Recurrirender Tumor im Halse. (Recurrent tumor of the throat.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 31. März 1892.*

Die Geschwulst recidivirte 15 Jahre nach der ersten Operation. Es war ein Rundzellensarkom. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

62) **J. S. Wight. Zwei Fälle von Knochenstücken im Halse. (A bone in the throat; 2 cases.)** *Med. and Surg. Reporter. 9. April 1892.*

In dem einen Falle gab die Pat. an, einen Knochen geschluckt zu haben, doch war nichts zu sehen. Die ohne Hinderniss vor sich gehende Einführung einer Sonde beseitigte die Furcht der Pat. und damit auch die Symptome. In dem anderen Falle wurde der Knochen mit der Zange extrahirt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) **E. Fränkel. Ueber Bednar'sche Aphthen.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 10.*

Verf. will den Terminus Aphthen ganz fallen lassen und die Sache bezeichnen als das, was sie ist, nämlich als mykotische Gaumenepithelnekrose der Neugeborenen. Es handelt sich um Streptokokken und Staphylokokken. LANDGRAF.

64) **H. Neumann. Bednar'sche Aphthen.** *Deutsche medicin. Wochenschr. 1892. No. 22.*

N. schliesst sich der Auffassung an, dass diese Affection auf das mechanische Reinigen des Mundes durch Auswischen zurückzuführen sei.

LANDGRAF.

65) **M. Thorner. Aphthen in Hals und Nase bei einem Erwachsenen während eines Grippe-Anfalls. (Thrush of the pharynx and nose in an adult occurring during an attack of the grippe.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 20. Februar 1892.*

Der Pat., ein junger Mann von 17 Jahren, klagte über Schmerzen und ausserordentliche Trockenheit im Halse. Das Aussehen der Tonsillen und des weichen Gaumens glich zuerst dem Bilde einer folliculären Tonsillitis, später aber entstand eine Membran, welche die Rachenwand bedeckte. Ein Stück dieser Membran wurde entfernt und mikroskopisch untersucht: sie bestand aus Epithelzellen, untermischt mit Fäden von sogen. Oidium albicans.

Ein besonderes Interesse bietet die Lokalität, an der sich der Pilz entwickelte. Angenommen, dass derselbe zuerst auf der Zunge (seinem gewöhnlichen Sitz) wucherte, so nahm er doch einen ganz aussergewöhnlichen Verlauf, als er auf die Tonsillen und die Rachenwand übergriff; von hier ging er in den Nasenrachenraum und in die Nase vor, bis er die Nasenlöcher erreichte, wo er zum Stillstehen gezwungen war, da er nicht weiter den zu seiner Entwicklung geeigneten Boden fand.

Manche Autoren halten das Pflasterepithel für eine der Hauptbedingungen für das Wachsthum der Aphthen und glauben, dass deswegen die Nase für gewöhnlich von der Invasion der Parasiten verschont bleibt. Th.'s Fall beweist aber, dass der Pilz sich auch in der Nasenhöhle entwickeln kann, und dass das Cilienepithel danach kein unübersteigliches Hinderniss für sein Wachsthum bietet. Der Fall lehrt weiter, dass derartige Pilzwucherungen auch im Verlaufe einer acuten Krankheit von kurzer Dauer vorkommen können; freilich bestand bei dem jungen Manne eine hochgradige Schwäche. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

66) **G. N. Highley. Aphthen. (Thrush.)** *Practitioner's Monthly. März 1892.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

67) **Dubler** (Basel). **Demonstration der Halsorgane eines 8 Monat alten Knaben mit Leptothrixmykose des Larynx, Pharynx und Oesophagus.** *Corresp.-Bl. f. Schweiz. Aerzte. H. 3. 1892.*

Letaler Ausgang von Bronchopneumonie. In den genannten Theilen des Halses waren grosse erhabene, weisslich-gelbe, rothumsäumte Flecken und um diese herum kleine weisse Inseln zu sehen, d. h. Leptothrix-Rasen aus feinen Fäden und Körnerhaufen bestehend. JONQUIÈRE.

68) **H. B. Hemanoray. Rachenmykose. (Pharyngo-mycosis.)** *Chicago Medical Recorder. Januar 1892.*

Pharynxmykose bezeichnet eine Pilzwucherung im Rachen, und da die Tonsillen mit besonderer Vorliebe der Sitz der Parasiten sind, so ist die Bezeichnung Tonsillo-Mycosis oder Mycosis tonsillaris die genauere.

Die einzige erfolgreiche und sichere Therapie ist die Anwendung des Galvanokauters. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

69) **Capart. Ueber eine Form noch nicht beschriebener Pharynxmycose. (Sur une forme non encore décrite de mycose pharyngée.)** *La Clinique. No. 26. 1892.*

Referirt gelegentlich des (noch nicht im Centralblatt veröffentlichten) Berichtes über die III. Jahresversammlung belgischer Otologen und Laryngologen.

BAYER.

70) **H. Cristopher. Chronische Pharyngitis. (Chronic pharyngitis.)** *Med. Herald. März 1892.*

Verf. hält für die Ursache dieser Krankheit „im Wesentlichen und hauptsächlich eine hepatische Indigestion". W. J. SWIFT (LEFFERTS).

71) **Vanheurverswyn. Allgemeine acute Infection der Lymphdrüsen im Anschluss an eine Entzündung im Rachen und Mund. (Infection aigue généralisée des ganglions lymphatiques consécutive à une inflammation pharyngo-buccale.)** *Journal d. sciences med. de Lille. 26. Februar 1892.*

Im Anschluss an eine Entzündung der Mandeln und der Mundschleimhaut entzündeten sich rapide die Lymphdrüsen am Halse, in der Achselhöhle, am Abdomen und in der Leistenbeuge, eine von ihnen, in der Regio submentalis, vereiterte. In wenigen Tagen aber verschwand die Schwellung vollständig.

J. BARATOUX.

72) **Conitzer. Behaarter Rachenpolyp.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 21. 1892.*

C. demonstrirte einen solchen im ärztlichen Verein in Hamburg. Der Polyp zeigte alle Elemente der äusseren Haut, Talgdrüsen, Knorpelgewebe; in der Literatur sind erst 9 Fälle beschrieben.

SCHECH.

73) **Mossé. Der diagnostische Werth der Anaesthesie des Rachens und der Epiglottis als eines Zeichens von Hysterie. (Valeur séméiologique de l'anesthésie du pharynx et de l'épiglotte, comme stigmate de l'hystérie.)** *Assoc. pour l'avanc. des sciences. 1892.*

Nach dem Beispiele von Pitres hält auch Verf. diese Anästhesie nicht für pathognomonisch. Ausserdem kann man auch bei Gesunden zu Irrungen über die reflektorische Sensibilität der Epiglottis kommen, wenn man diese nach der des Rachens prüft, denn in diesem Falle kommen die Epiglottisreflexe viel schneller zu stande, als wenn man die Epiglottis zuerst prüft. Und dasselbe gilt von dem Druck auf die Zungenbasis, von der unfreiwilligen Spannung des Gaumensegels etc. — Es geht aus diesen Untersuchungen hervor, dass die Sensibilität des Gaumensegels, des Rachens und der Epiglottis sehr oft herabgesetzt und selbst aufgehoben ist ohne Hysterie. Die diagnostische Bedeutung der Anästhesie dieser Theile für die Hysterie ist danach keine absolute.

J. BARATOUX.

74) **Edmund Owen (London). Letal endigender Fall von unerkannter Caries der Halswirbelsäule. (Fatal case of unrecognised cervical caries.)** *Brit. Medical Journal. 16. Januar 1892.*

O. theilte den Fall in der West London Medico-Chirurgical Society mit;

es handelt sich um ein Mädchen mit cervicaler Caries und retropharyngealem Abscess. MACKENZIE-JOHNSTON.

75) **Witthauer. Ein Fall von Retropharyngealabscess.** *Münchn. med. Wochenschrift. No. 26. 1892.*

Erst bei der Section erkannt; von der hinteren Rachenwand längs der Wirbelsäule bis zur Höhe des 6. Trachealknorpels ein Abscess mehr phlegmonösen Charakters; sehr wenig Eiter, die Wandungen liegen oben fast ganz aufeinander, weshalb im Leben keine Fluctuation zu finden war. Aetiologisch liess sich nichts erweisen; der plötzlich erfolgte Tod war wahrscheinlich durch Herzschwäche in Folge acutester Sepsis bedingt. SCHECH.

d. Diphtherie und Croup.

76) **Guinochet. Beitrag zum Studium des Toxins der Diphtheriebacillen. (Contribution à l'étude de la toxine du bacille de la diphthérie.)** *Arch. de med. exper. et d'anat. pathol. 1892. p. 487.*

Verf. hat sich bemüht, Diphtheriebacillen in einem Medium zu züchten, das keine albuminoiden Stoffe enthält; er versuchte es mit Urin. Aus seinen Untersuchungen geht hervor, dass das Diphtherietoxin auch bei Fehlen aller Eiweissstoffe erzeugt werden kann. Es ist zwar nicht möglich, das Albumin in einer solchen gifthaltigen Urincultur ganz auszuschliessen, aber absolut fest steht doch der Schluss, dass das Toxin selbst keine Albuminsubstanz ist; denn das Toxin wirkt in so schwachen Dosen schon und ist so alterabel, dass die Reactionen der Eiweisskörper demgegenüber weder hinreichend fein, noch hinreichend sicher sind.

J. BARATOUX.

77) **Gamaleia. Die Wirkung digestiver Fermente auf das diphtheritische Gift. (De l'action des ferments digestifs sur le poison diphthéritique.)** *Soc. de biologie. 26. Februar 1892.*

Verf. hat Versuche angestellt mit dem Nuclein, dem Invertin, dem Emulsin, Pepsin und Trypsin. Der Zweck dieser Untersuchungen war, über die Natur des Toxins Aufklärung zu gewinnen, festzustellen, auf welche Weise dasselbe im Körper der refractären Thiere zerstört wird und seine Unwirksamkeit bei der Einführung durch den Digestionstractus zu erklären. Von den untersuchten Fermenten äusserten das Pepsin und das Trypsin eine Wirkung. Das Pepsin wirkt in schwacher salzsaurer Lösung; die Säure allein zerstört in dieser Concentration das diphtheritische Gift nicht. Die giftzerstörende Wirkung des Pepsins ist eine sehr starke, aber keine vollständige, auch bei länger dauerndem Contact nicht. Das Virus der Diphtherie ist eine albuminoide Substanz, da das Virus nur durch das Pepsin angegriffen wird. Das Trypsin wirkt wie das Pepsin, zerstört aber das Gift nicht. Da das Trypsin die Gifte angreift, muss das Virus ein Nuclein

sein. Es ist danach das diphtheritische Virus als ein Nucleo-Albumin aufzufassen.

J. BARATOUX.

78) **Leitartikel. Die Natur der Diphtherie. (The nature of diphtheria.)** *Lancet. 12. März 1892.*

Der Leitartikel beschäftigt sich mit dem von Baginsky in der Berl. med. Gesellschaft gehaltenen Vortrage (Berl. klin. Wochenschr. 1892, No. 9 u. 10). Der Gegenstand dieses war die weitere Entwicklung der bakteriologischen Diagnose der Diphtherie, die B. zur allgemeinen Anwendung in der Praxis empfiehlt. Unter 154 Fällen erhielt B. eine Reincultur in 118; die Mortalität unter diesen Fällen betrug 45. In dem Rest von 36 Fällen wuchsen keine Bacillen, von diesen starben auch nur 4. — B. neigt danach der Ansicht zu, dass es zwe Typen der Erkrankung giebt.

MACKENZIE-JOHNSTON.

79) **Guelpa. Beitrag zum bakteriologischen Studium der Diphtherie. (Contribution à l'étude bactériologique de la diphthérie.)** *Soc. de therap. 8. Juni 1892.*

Es ist für die Therapie der Diphtherie unerlässlich, sich nicht ausschliesslich von den Pseudomembranen in Anspruch nehmen zu lassen, sondern auch auf die Secrete (Speichel, Nasenschleim, Auswurf durch die Canüle) selbst nach dem Verschwinden der Membranen zu achten. Darum sind auch häufige Ausspülungen von Mund- und Nasenhöhle nöthig.

J. BARATOUX.

80) **L. Martin. Klinische und bacteriologische Untersuchung von 200 Kindern, die im Diphtheriepavillon des Kinderkrankenhauses aufgenommen waren. (Examen clinique et bactériologique de deux cents enfants entrés au pavillon de la diphthérie à l'hôpital des enfants malades.)** *Annal. de l'Inst. Pasteur. 25. Mai 1892.*

Der Diphtheriebacillus zeigt nicht immer dieselbe Form. Die klinischen Zeichen der Pseudomembran sind nicht charakteristisch; auch die Schwellung der Drüsen ist nicht der Diphtherie eigenthümlich, ebensowenig wie die Albuminurie.

J. BARATOUX.

81) **Charles V. Chapin. Sind Diphtherie und Typhus Unrath-Krankheiten? (Are diphtheria and typhoid fever filth diseases?)** *Phil. Med. News. 9. März 1892.*

C. ist der Meinung, dass Diphtheritis und Typhus nicht Unrath-Krankheiten sind, wenigstens nicht in dem Sinne, den man allgemein mit diesem Ausdruck verbindet, sondern höchstens in einem sehr beschränkten Maasse.

Die Diphtherie ist fast stets durch ein Contagium verursacht, obgleich sie vielleicht gelegentlich auch auf die Entwicklung ihres specifischen Keimes ausserhalb des Körpers zurückzuführen ist.

Das Typhusfieber ist häufiger durch Unrath verursacht, in dem sich der betreffende Keim, der Eberth'sche Bacillus, entwickelt hat, aber gewöhnlich besteht dieser Unrath aus den Fäces, und diese sind nur Träger des Contagiums. Es giebt nur wenige oder gar keine Anzeichen dafür, dass ein Individuum sich

diese Krankheit durch das Einathmen inficirter Luft zuzieht. Die gewöhnliche Infectionspforte sind die Nahrungswege.

Die Ansicht, dass die Canalisationsluft, abgesehen von einigen seltenen Fällen, der Träger der Infection sei, ist für die Diphtherie sowohl, wie für den Typhus nur durch wenige oder gar keine klinischen Thatsachen zu stützen, während sehr viele Gründe, sowohl klinischer wie theoretischer Natur, dagegen sprechen.

LEFFERTS.

82) **Thiercelin. Diphtheritische Stomatitis. (Stomatite diphthéritique.)** *Courier médical. 1892. p. 236.*

Zahlreiche Autoren erkannten diese Affection nicht an und waren der Meinung, dass sich die Diphtheritis nicht auf der Mundschleimhaut entwickeln könne; heute lässt man dieselbe gelten, aber nur als Complication der Angina, nicht als eigene Krankheit oder als primäre Localisation.

Verf. berichtet über einen Fall von dieser Erkrankung, der die Besonderheit hatte, dass die Pat. an keiner anderen Stelle sonst diphtheritische Pseudomembranen darbot. Die Affection begann im Munde und blieb dort localisirt. Verf. fragt an: wenn man zugiebt, dass die Bakterien der Diphtherie im Munde leben und sich entwickeln und zu einer secundären Stomatitis Anlass geben können, warum soll man dann daran Anstoss nehmen zu glauben, dass der Mund auch einmal die erste Ansiedelungsstelle der Bakterien und der Herd ihrer ersten Entwicklung sein kann?

J. BARATOUX.

83) **Gerke** (Graz). **Ein Fall von Croup der Bindehaut, der Mund- und Rachenschleimhaut.** *Arch. f. Augenheilk. XXIV. 4. 1892.*

G. beobachtete einen Fall von echtem Croup bei einem Soldaten. Die ganze Bindehaut mit grau-weissen, zähen, abziehbaren Membranen bedeckt, die sich nach Entfernung rasch ersetzten. 6 Tage darauf der gleiche Belag auf Lippen, Wangenschleimhaut, Gaumenbogen, Pharynx. Epiglottis. Heilung in kurzer Zeit. In den Membranen zahlreiche Doppelstäbchen, nach Gram'scher Methode nicht färbbar. Nach Ueberimpfung auf die Bindehaut eines Menschen die gleiche Erkrankung wie beim ersten Fall. Da hier das Auge fest verbunden war, musste die Infection des Mundes durch die Thränenwege hindurch erfolgt sein.

SEIFERT.

84) **Mahot. Allgemeines subcutanes Emphysem vor der Tracheotomie bei einem Kinde mit Croup. (Emphysème sous-cutané généralisé avant la trachéotomie chez un enfant atteint de croup.)** *Soc. med. de Nantes. Echo med. 1892. p. 273.*

Pat., ein 10jähriges Kind mit Croup im asphyctischen Stadium, zeigte eine abnorme Schwellung des Halses und der Brust- und Bauchgegend.

Es wurde die Tracheotomie gemacht; das Resultat derselben war ein vortreffliches, am 8. Tage wurde die Canüle bereits entfernt. Das Emphysem verschwand erst 12—13 Tage nach der Tracheotomie.

Der Fall beweist, dass die Prognose nicht in allen Fällen von Hautemphysem vor der Tracheotomie schlecht ist.

J. BARATOUX.

85) **S. D. Risley. Iris- und Accomodationslähmung nach Diphtherie. (Paralysis of the Iris and Accomodation following diphtheria.)** *Philad. Polyclinic. Juni 1892.*

Die beiden Fälle betreffen sechs- und achtjährige Kinder; die Pupillen waren erweitert und starr, die Accomodation vollständig aufgehoben.

Das Vorkommniss scheint nicht gerade häufig zu sein, doch ist es nicht unwahrscheinlich, dass es doch öfters eintritt, dass aber Heilung erfolgt, ohne dass es überhaupt bemerkt worden ist. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

86) **G. H. Cooke** (Manchester). **Behandlung der diphtheritischen Lähmung. (Treatment of diphtheritic paralysis.)** *Brit. Med. Journ. 18. Juni 1892.*

C. erwähnt den Fall eines 5jährigen Knaben, den er mit Injectionen von Liq. Strychn. behandelte; er glaubt, dass das Mittel, auf diesem Wege beigebracht, viel zuverlässiger ist, als bei der Aufnahme per os.

MACKENZIE-JOHNSTON.

87) **J. Lewis Smith. Neuere Untersuchungen über die Verhütung von Diphtherie und Scharlachfieber. (Recent investigations relating to the prevention of diphtheria and scarlet fever.)** *N. Y. Med. Record. 23. April 1892.*

Die prophylactischen Maassnahmen, die für die Diphtherie passen, sind in den meisten Fällen auch zur Verhütung des Scharlachfiebers geeignet, und aus diesem Grunde behandelt S. die Vorbeugungsmaassregeln für beide Krankheiten in einer Arbeit. Zur richtigen Anwendung prophylactischer Maassregeln muss man die Aetiologie und Pathologie einer Krankheit in's Auge fassen, und mit der Besprechung dieser beginnt S. seinen Aufsatz. — Betreffs der Wirksamkeit der bisherigen Versuche zur Verhütung der Weiterverbreitung der Diphtherie berichtet S., dass Baker eine geringere Durchschnittsziffer von Erkrankungsfällen dort gefunden hat, wo Anstrengungen zur Verhütung der Weiterausbreitung der Krankheit während einer Epidemie gemacht worden waren, als da, wo solche Versuche unterblieben. Granger (Paris) fungirte als Arzt in einem Diphtheriepavillon, in dem während einer Reihe von Jahren eine grosse Anzahl Kinder aufgenommen wurden, die keine Diphtherie hatten; keines dieser Kinder aber acquirirte dort die Diphtherie. Die Vorsichtsmaassregeln, die er traf, bestanden darin, dass er das Bett der Kinder mit einem Metallschirm umstellte, ferner die Kleider in der Hitze sterilisirte und eine Sublimatlösung anwendete. Die Wärterinnen trugen Blousen, die jeden Tag desinficirt wurden. Ferner verordnete S. folgendes Desinficiens, das nach seiner Meinung die Ausbreitung der Krankheit und das Eintreten nervöser Folgeerscheinungen zu verhüten sehr geeignet ist:

Eucalyptusöl
Carbolsäure ana 4,0
Terpenthinöl 240,0

in einer Flasche gemischt. Davon 2 Theelöffel voll auf $^1/_4$ Liter Wasser und dieses fortwährend in der Nähe des Patienten sieden lassen. S. verordnete dieses auch bei Scharlachfieber. Bei letzterem gab er noch folgende Einreibung:

Ol. Eucalypt.
Ac. carbolic. ana 4,0
Ol. olivar. 210,0

gut durchzuschütteln! Dreistündlich die ganze Körperoberfläche einreiben.

LEFFERTS.

88) **F. E. Martindale. Pathologische Uebersicht über die Diphtherie mit besonderer Berücksichtigung einer neuen, durch dreijährige Erfahrung erprobten Behandlungsmethode. (A pathological review of diphtheria with special reference to a new method of treatment based upon three years practical experience.)** *N. Y. Med. Journ. 13. Febr. 1892.*

Verlauf und Aetiologie der Erkrankung werden ausführlich besprochen; der in ländlichen Distrikten so gewöhnlich ungünstige Verlauf wird der unvollkommenen Ventilation der Häuser, der dumpfen Luft und der Gegenwart so überaus zahlreicher Bacillen zur Last gelegt, welche wahrscheinlich auf Pflanzen, die im Keller lagerten, gediehen. M.'s Behandlungsmethode besteht darin, dass er die Temperatur des Krankenzimmers auf 40° erhöht und die Luft desselben mit Theer- und Terpenthindämpfen sättigt, welche zu gleichen Theilen vermischt und während des ganzen Krankheitsverlaufs durch die Wirkung der Hitze verdampft werden. 23 Patienten hat M. auf diese Weise behandelt, und alle bis auf einen wurden geheilt; der eine war erst in M.'s Behandlung gekommen, als es zu spät war.

LEFFERTS.

89) **Robert Reyburn. Die Behandlung der Diphtherie durch den frühzeitigen localen Gebrauch keimtödtender Mittel. (Diphtheria treated by the early local use of germicides.)** *Phil. Med. News. 5. März 1892.*

R.'s Behandlung besteht nicht in der Anwendung neuer, noch nicht erprobter Mittel. Im Gegentheil, es handelt sich einfach um den Gebrauch alter und wohlbekannter Methoden, die im Einklang mit den neueren Erfahrungen über die Wachsthumsbehinderung und Zerstörung der die Diphtherie verursachenden bakteriellen Keime stehen.

Welches germicide oder sonstige Mittel, das im Stande ist, das Leben der Bakterien zu vernichten, ist am leichtesten anzuwenden? Das Sublimat ist das am allermeisten verbreitete, und es ist das einzige, das auch R. angewendet hat. R. giebt es im Spray und in stärkerer Lösung, als man gewöhnlich nimmt; nämlich 0,06 mit 0,3 g Ac. tartar. in etwas mehr als 30,0 g Aqu. dest. (1 : 500). Diesen Spray benutzt R. mindestens 1 mal stündlich die ersten 24 oder 48 Std. Nimmt die Exsudation ab, so wird die Sublimatlösung auf 1 : 1000 oder selbst 1 : 2000 verdünnt. Abwechselnd hiermit lässt R. einstündlich auf die Mandeln und die Gaumenbögen mit einem weichen Pinsel eine Lösung von 1,2 Chloralhydrat auf Glycerin aufpinseln. Auch diese Pinselungen werden 24—48 Std. lang fortgesetzt, je nach der Schwere des Falles, bis die Membranen sich zu erweichen und abzustossen beginnen; dann werden dieselben seltener vorgenommen. Der Zweck dieser Therapie ist ein doppelter. In erster Linie lockert die fortgesetzte Anwendung des Glycerins zusammen mit der kräftigen antiseptischen Wirkung des Chloralhydrats die Pseudomembranen auf und schafft eine gereinigte

Fläche, an der das Sublimat angreifen kann. Und gleichzeitig sorgt R. dafür, dass entweder Wasser im Krankenzimmer kochend gehalten wird zur Sättigung der Luft mit Feuchtigkeit, oder dass im Zimmer Kalk gelöscht wird.

LEFFERTS.

90) J. B. Turner. **Erfolgreiche Behandlungsmethode des membranösen Croups ohne Tracheotomie oder Intubation. (Successful treatment of membranous croup without either tracheotomy or intubation.)** *Journ. Am. Med. Associat. 5. März 1892.*

T.'s Methode sucht die Entzündung am Rande der Membran zu beschränken, die Lösung der Membran herbeizuführen, die Bildung neuer Membranen zu verringern, den laryngealen Spasmen Einhalt zu thun und die Kräfte des Pat. zu erhalten.

Alle diese Indicationen lassen sich erfüllen durch den Gebrauch von Asa foetida-Suppositorien und die interne Darreichung von Ammoniumchlorid.

T. spricht von Laryngitis mit fibrinöser Exsudation, aber ohne complicirende Diphtheritis. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

91) **Dubousquet-Laborderie. Die neuen Behandlungsmethoden der Diphtherie. (Les nouveaux traitements de la diphthérie.)** *Soc. de therapeutique. 9. April 1892.*

Verf. kommt nach einer allgemeinen Uebersicht über alle Medicationen, die man empfohlen hat, zu folgendem Schluss:

1. Die interne Medication wird mehr und mehr verlassen, abgesehen von der Anwendung tonischer Mittel, für die sich alle Aerzte einstimmig aussprechen.
2. Dagegen sind die localen antiseptischen Eingriffe allgemein im Gebrauch.
3. Das Localmittel, das am meisten verwendet zu werden scheint, ist die Carbolsäure. Die Aerzte theilen sich aber in zwei Gruppen: die einen respectiren die Pseudomembran, die anderen wollen sie entfernen. Verf. ist der Ansicht, dass auf beiden Seiten übertrieben wird; er hält eine gut ausgeführte Aetzung der Schleimhaut, die unter der Pseudomembran liegt, nicht nur nicht für gefährlich, sondern für vortheilhaft, während eine absolute Zurückhaltung vor dieser Pseudomembran schwere Nachtheile hat.
4. Was die Behandlung während der Nachtzeit anlangt, so sind zwei Ansichten gegenwärtig geltend; die Mehrzahl der Aerzte jedoch spricht sich für eine gleichmässige Fortsetzung der Behandlung durch Tag und Nacht aus. Verf. gesteht zu, dass die Behandlung der Diphtherie erhebliche Fortschritte gemacht hat, und dass die Arbeiten französischer Autoren viel zur Erhellung der Pathogenese und dadurch auch zur Förderung der Therapie dieser Krankheit beigetragen haben.
5. Schliesslich ist es tröstlich zu hören, dass Aerzte, die viel Diphtheritische behandelt haben, behaupten, die Diphtherie müsse zu den

Krankheiten gerechnet werden, die im Allgemeinen heilten, wenn man mit Vorsicht von Anfang an und ohne Unterbrechung darauf hinarbeite.

J. BARATOUX.

92) A. Fulton. **Die Diphtherie und ihre Behandlung. (Diphtheria and its treatment.)** *Phil. Med. News. 23. April 1892.*

Die F.'sche Methode, deren wichtigste Punkte gleich angegeben werden sollen, ist vom Autor bisher in 37 Fällen nacheinander mit Erfolg angewendet worden. Die Fälle sind nicht ausgewählt, mehr sind überhaupt noch nicht zur Behandlung gekommen. Die Methode besteht darin, dass mittelst eines harten Pinsels, der so gearbeitet ist, dass er nicht leicht zerbricht, eine starke Höllensteinlösung in die membranösen Stellen eingerieben wird. F. betont, dass diese Pinselung in einer Sitzung so oft wiederholt werden muss, dass die Membran sich ablöst oder mit der Lösung durchsättigt ist. Ein Fehler in dieser Hinsicht kann dem Pat. das Leben kosten.

LEFFERTS.

93) A. Seibert (New York). **Weiterer Bericht über die submembranöse Localbehandlung der Rachendiphtherie. (Further report on submembranous local treatment of pharyngeal diphtheria.)** *Arch of Pediatrics. Febr. 1892.*

Der vorliegende Vortrag, den S. in der Amerikan. Pädiatrischen Gesellschaft hielt, giebt einen weiteren Bericht über die Erfolge der neuen Behandlungsmethode. Wie bereits mitgetheilt, besteht diese in der Injection von frischem Chlorwasser durch die diphtheritische Pseudomembram hindurch in die darunterliegende entzündete Schleimhaut mittelst einer besonders construirten Spritze. Alles in allem hat S. jetzt 85 Fälle nach seiner Methode behandelt; unter diesen betrug die Sterblichkeit nur 7,5 pCt.

An den Vortrag schloss sich eine Discussion.

MACKENZIE-JOHNSTON.

94) C. C. Moore. **Behandlung der Diphtheritis. (Treatment of diphtheria.)** *Med. and Surg. Reporter. 18. Juni 1892.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

95) D. Brown. **Ein Fall von Kehlkopfstenose, in dem die Intubationsröhre 9 Monate liegen blieb; Heilung mit guter Stimme. (Case of stenosis of the larynx, in which the intubation tube was retained 9 months: recovery with good voice.)** *Arch. of Pediatrics. Juni 1892.*

Die Krankheit begann mit Diphtherie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) Thiercelin. **Croup bei einem Mädchen von 11 Monaten; Tracheotomie; Heilung.) (Croup chez une enfant de 11 mois. Trachéotomie. Guérison.)** *Soc. clinique de Paris. France méd. 1892. 22. April.*

Bei einem Falle von Croup mit drohender Asphyxie ist es stets geboten, die Tracheotomie zu versuchen. Die Chancen der Heilung, die man dem Kranken bietet, sind gewiss nur minimale, besonders wenn man bei einem sehr jugendlichen Patienten operirt, aber immerhin sind es doch Chancen. Nothwendig ist es, das Kind nach der Tracheotomie zu isoliren und zwar so sorgfältig, wie man Frauen nach der Laparotomie isolirt. Auf diese Weise verhütet man eine gegen-

seitige Infection und besonders die Bronchopneumonie, an der die Tracheotomirten gewöhnlich sterben und die eine secundäre, oft von dem Nachbarkinde acquirirte Infection ist.
J. BARATOUX.

97) **R. L. Rigdon. Ein Fall von Tracheotomie bei einem Kinde unter 2 Jahren; Heilung. (Case of tracheotomy in a child under 2 years of age. Recovery.)** *Occidental Med. Times. Juni 1892.*

Der Fall ist hauptsächlich wegen des Alters des Kindes, das erst 17 Monate zählte, interessant. Es handelte sich um Diphtherie und Heilung durch die Tracheotomie ist in diesem Alter in der That selten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

e. Kehlkopf und Luftröhre.

98) **J. J. Tucker. Ein Fall von Kehlkopfoedem. (A case of laryngeal oedema.)** *Chicago Medical Recorder. März 1892.*

Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine Complication der Gripppe oder, wie T. meint, wahrscheinlicher um eine ihrer latenten Formen.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **John Thomson** (Edinburgh). **Angeborener Kehlkopfstridor. (Congenital laryngeal stridor.)** *Brit. Med. Journal. 11. Juni 1892.*

Ein Vortrag, gehalten vor der Medico-Chirurgical Society of Edinburgh; auf den Inhalt geht der Bericht nicht näher ein. MACKENZIE-JOHNSTON.

100) **Larisé. Vortrag über die Laryngectomie. (Conférence sur la Laryngectomie.)** *La Clinique. No. 12. 1892.*

In der Sitzung des „Cercle d'études médicales" vom 9. December 1891 berichtet L. über zwei von ihm wegen Kehlkopfkrebses vorgenommenen Laryngectomien, von denen die zweite ein befriedigendes Resultat insofern geliefert hatte, als der Patient noch einige Monate am Leben blieb. Nach L. sind die Statistiken betreffs der Laryngectomie zu pessimistisch. — Er beschreibt seine Art zu operiren und kann die Vorliebe Péan's für die Zerstückelungsmethode nicht theilen.
BAYER.

101) **Lanz** (Bern). **Die Laryngectomien an der Kocher'schen Klinik zu Bern.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 44. 1. Heft. 1892.* (? Identisch mit dem auf S. 414 dieser Nummer besprochenen Werk. Red.)

Bericht über 12 Fälle von Laryngectomien, welchem eine Besprechung der extralaryngealen Operationsverfahren, der Indicationen, Methodik und Technik der Operation, sowie der Nachbehandlung, wie sie auf der Kocher'schen Klinik geübt wird, vorausgeschickt ist. Bezüglich der Indication zur Laryngectomie wird man dem Verf. beistimmen können, dass, sobald die Malignität eines Tumors constatirt ist, jede intralaryngeale Behandlung, ebensogut die intralaryngeale Excision als das intralaryngeale Aetzen und Kratzen von vornherein abzulehnen sei (da ja der B. Fränkel'sche Fall von dauernder Heilung eines Car-

cinoms auf intralaryngealem Wege wohl ganz vereinzelt dastehe). (Nicht richtig. Vergleiche Centralblatt VI, S. 287. Red.) Die überwiegende Mehrzahl der Operationen ist wegen Carcinom ausgeführt worden. Nur in zwei Fällen wurde eine relativ frühe Diagnose gemacht, so dass sich die Operation auf Excision des erkrankten Theiles beschränken konnte. In einem Falle wurde anfangs eine blosse Excision, später die Totalexstirpation vorgenommen. Eine partielle Larynxexstirpation kam 5 Mal zur Ausführung: 2 Mal wegen Lupus, 1 Mal wegen Sarcom, 2 Mal wegen Carcinom. Die Totalexstirpation wurde 6 Mal ausschliesslich wegen Carcinom vorgenommen. SEIFERT.

102) **Wassermann** (Paris). **Entgegnung auf die in No. 19, 1892, des Centralbl. f. Chirurgie besprochene Arbeit von Prof. Dr. A. S. Tauber (Warschau): „Ueber die Kehlkopfexstirpation (Laryngectomie). Eine kritisch-statistische Studie.“ (Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. XLI.)** *Centralbl. f. Chirurgie. 24. 1892.*

Kurzer Aufsatz polemischen Inhaltes. SEIFERT.

103) **H. S. Drayton. Der Halshusten. (La Toux de Gorge.)** *Gazette Medicale de Montreal. Mai 1892.*

D. berichtet über einen Fall, in dem 3 Aerzte irrthümlicher Weise Phthise diagnosticirten. Eine Untersuchung des Halses ergab, dass die Zungentonsille vergrössert war und sich beständig mit der Epiglottis berührte. Eine locale Behandlung führte zum Verschwinden aller Symptome.

Der Fall erläutert die Bedeutung einer sorgsamen Untersuchung des Halses in allen Fällen von Husten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **Mayo Collier** (London). **Winter-Husten und Nasen-Verstopfung. (Winter cough and nose obstruction.)** *Lancet. 2. April 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber hebt C. hervor, dass chronischer Winter-Husten, Kehlkopf- und Nasenrachencatarrh in sehr vielen Fällen darauf zurückzuführen sind, dass die kalte, trockene, infiltrirte Luft nicht erst den Weg durch die natürlichen Athemwege zurücklegt. C. glaubt, dass auf diesen Punkt weitere Untersuchungen sich richten müssen. MACKENZIE-JOHNSTON.

105) **Posthumus Meyjes. Ein Fall von geheilter Chorea laryngis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 5. 1892.*

Heilung eines Falles von nervösem Husten durch 0,5 Antipyrin 3 Mal täglich. SCHECH.

106) **O. Kraismann. Zur Therapie des Keuchhustens. (K letschenìju kokljuscha.)** *Med. obosr. 1892. No. 6.*

Innerlich giebt K. Antipyrin 3,0, Resorcin 1,0, Aq. dest. 100,0, Aq. Menthae pip. 10,0. Den ersten Tag 3 Theelöffel, den zweiten Tag 4, den dritten 5 Theelöffel und den sechsten Tag macht er eine Pause, damit der Organismus Zeit hat, die Medicamente auszuscheiden. Darauf beginnt er wieder von Neuem mit dem Mediciniren. Ausserdem lässt Verf. im Krankenzimmer mit Naphthalin räuchern, wobei das Naphthalin auf einem Teller zum Schmelzen gebracht wird.

Ausdrücklich warnt Verf. das Naphthalin zu verbrennen, weil die Verbrennungsdämpfe schädlich wirken. Mit der oben beschriebenen Methode hat Verf. glänzende Resultate erzielt. LUNIN.

107) **Adams** und **Jacobi. Ein Todesfall durch Laryngismus stridulus bei beginnender Rachitis. (A case of death from laryngismus stridulus in incipient rachitis.)** *N. Y. Med. Record. 21. Mai 1892.*

Adams sprach über einen Fall dieser Art. Die Discussion, die sich anschloss, förderte mehrere interessante Punkte zu Tage, z. B. dass bei den Negern Rachitis verbreiteter ist, als bei den Weissen.

Seibert hält für die wahrscheinliche Todesursache in dem Adams'schen Falle die Vergrösserung der Thymusdrüse.

Jacobi bemerkt, dass Rachitis diagnosticirt war, dass sich aber keine Cranio-Tabes fand; nach seiner Meinung jedoch waren von fünfzig Fällen von Laryngismus stridulus neunundvierzig thatsächlich durch Rachitis bedingt. Er ist aber der Ansicht, dass wenn das Kind von Anfang an rachitisch gewesen wäre, dass dann ein Hirnoedem als Todesursache hätte vorliegen müssen. Er fragt, ob adenoide Vegetationen vorhanden waren, wegen des fehlenden Schnarchens. Er glaubt, dass in manchen Fällen von Laryngismus stridulus das Schnarchen mit in Rechnung gezogen werden muss und hält auch die Verlängerung der Zunge und ihre spätere Schwellung für eine gefährliche Ursache. Er erinnert an einen interessanten Fall von Prof. Gerhardt, in dem der Tod eines Kindes hierdurch bedingt war; es fand sich bei der Section die Zunge tief im Halse steckend, den Larynx verschliessend und dadurch Suffocation herbeiführend. LEFFERTS.

108) **Jessie Bogle. Laryngismus, eine Complication der Rachitis. (Laryngismus, a complication of rachitis.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 4. Juni 1892.*

B theilt einen Fall mit und schliesst daran eine Uebersicht über die von den verschiedenen Autoren bezüglich der Ursache der Erkrankung aufgestellten Theorien. B.'s Fall betrifft ein rachitisches Kind. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

109) **J. Risien Russell** (London). **Bericht über die abductorischen und adductorischen Fasern des Recurrens. (Report on the abductor and adductor fibres of the recurrent laryngeal nerve.)** *Brit. Med. Journ. 18. Juni 1892.*

Die Arbeit berichtet kurz*) über eine Reihe von Experimenten, die der Verf. in der Absicht angestellt hat, das Vorhandensein gesonderter Fasern im Recurrensnerven für die Function der Abduction und der Adduction zu erweisen. Die Schlüsse, die Verf. aus seinen Versuchen zieht, sind folgende:

1. Die abducirenden und adducirenden Fasern des Recurrens sind in mehreren Bündeln gesammelt, die von einander getrennt werden können, und einen unabhängigen Verlauf durch den ganzen Nerv bis zu seiner Endigung in dem von ihm versorgten Muskeln nehmen, wie dies Semon seit lange annimmt.

*) Der ausführliche und für die Frage der grösseren Vulnerabilität der Erweiterer hochwichtige Bericht ist in den „Proceedings of the Royal Society", Vol. 51, 1892 erschienen. Red

2. Gleichzeitige Reizung aller Nervenfasern des Recurrens beim erwachsenen Thiere verursacht Adduction der Stimmbänder, während beim jungen Thiere Abduction erzeugt wird.
3. Wenn man abducirende und adducirende Fasern dem Einfluss der Luft unter gleichen Bedingungen aussetzt, verlieren die abducirenden Fasern ihre Leitungsfähigkeit schneller als die adducirenden.
4. Beim jungen Hunde behalten die abducirenden Fasern ihre Vitalität zwar länger, als beim erwachsenen Thiere, aber sie erliegen doch früher als die Adductionsfasern.
5. Man kann diese zwei Arten von Fasern so scharf von einander trennen, dass die Reizung der einen Hälfte ausschliesslich eine Contraction der Abductoren hervorruft, die der andern ausschliesslich die Adductoren zur Contraction bringt.

Auf Grund dieser und anderer Resultate seiner Versuche erklärt Verf. die Mackenzie'sche Theorie von der oberflächlichen Anordnung der abducirenden Fasern in der Circumferenz des Recurrens für eine irrthümliche.

MACKENZIE-JOHNSTON.

110) **Katzenstein. Ueber die Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrenslähmung.** *Berl. physiol. Gesellsch., Verhdl. vom 19. 2. 1892.*

Die Durchschneidung des N. recurrens bedingt, dass das gleichseitige Stimmband in Cadaverstellung tritt; die darauffolgende Durchschneidung des N. laryng. sup. hat zur Folge, dass das in dieser Stellung verharrende Stimmband um ein geringes tiefer tritt und schlottert.

Die darauf folgende Durchschneidung des Pharyng. med. hat keinerlei Folgen; ebensowenig verändert eine primäre Durchschneidung die Stellung und Beweglichkeit des Stimmbandes.

Die primäre Durchschneidung des Laryng. sup. lässt das gleichseitige Stimmband tiefer treten und schlottern, — der M. cricothyreoid. ist der Straffer und Spanner des Stimmbandes.

A. ROSENBERG.

111) **J. v. Mering** (Halle) u. **N. Zuntz** (Berlin). **Ueber die Stellung des Stimmbandes bei Lähmung des N. recurrens.** *Berliner physiol. Gesellsch. Verhandl. 19. 2. 1892.*

Wagner's Annahme, dass der Cricothyreoideus die Medianstellung des Stimmbandes mache, ist nicht richtig, obwohl es im wesentlichen richtig ist, dass das nach Recurrensdurchschneidung in Medianstellung befindliche Stimmband in die Cadaverstellung übergeht, nachdem der Laryngeus superior durchtrennt ist.

Weder directe, noch indirecte, noch totale Exstirpation des Cricothyreoid. beeinflusst den Stand des Stimmbandes in der nach Wagner anzunehmenden Weise. „Der Einfluss des Laryng. sup. auf den Stand des Stimmbandes beruht auf einem durch die sensiblen Fasern des Nerven vermittelten Reflex auf die Kehlkopfmuskeln der anderen noch motorisch innervirten Seite und auf die Constrictores pharyngis.“ Cocainisirung des Kehlkopfinneren wirkt dementsprechend ebenso wie Durchschneidung des Lar. sup.; das gelähmte Stimmband tritt aus

der Median- in die Cadaverstellung, um eventuell in die erstere zurückzukehren, einige Zeit, nachdem die Sensibilität des Kehlkopfs zurückgekehrt ist.

A. ROSENBERG.

112) **Raugé. Die Lähmung der Abductoren. (La paralysie des abducteurs.)** *Archiv. internat. de laryngol, de rhinol. et d'otologie. Mai-Juni 1892. No. 3.*

Eine geschichtliche Uebersicht über die Frage und eine Erörterung der verschiedenen bis heute zur Erklärung der Abductorenparalyse aufgestellten Theorien. Der Verf. meint, dass unsere Kenntniss bezüglich dieses wichtigen Punktes der Kehlkopfphysiologie noch durchaus nicht abgeschlossen und befestigt ist.

E. J. MOURE.

113) **A. Imbert. Die Art der Hervorbringung der menschlichen Stimme. (Sur le mode de production de la voix humaine.)** *Annales des mal. de l'oreille et du larynx. Mai 1892.*

Nach einer Reihe von Untersuchungen über diese Frage, nimmt Verf. an, dass der vibrirende Theil der Stimmbänder, zum mindesten derjenige, dessen Schwingungsamplitude in der Ausathmungsluft den wechselnden Druck herbeiführt, aus dem die Intensität der hervorgebrachten Töne sich ergiebt, — dass dieser Theil der freie Rand der Stimmbänder ist, bestehend aus der Kehlkopfschleimhaut und dem Lig. thyro-arytaenoideum.

E. J. MOURE.

114) **John Wyllie** (Edinburgh). **Die Störungen der Sprache. 2. Theil: Die Entwicklung der Sprache und ihre Entwicklungsstörungen. (The disorders of speech. Part II. — The development of speech and the developmental derangements.)** *Edinburgh Med. Journal. Januar 1892.*

Der Autor beginnt mit einer Schilderung der Entwicklung der Sprache beim normalen Kinde. Nachdem er auf die ausserordentlichen Schwierigkeiten einer zuverlässigen Beobachtung dieser Entwicklung hingewiesen und die Untersuchungen von Darwin, Preyer, Sigismund, Romanes und anderen über diese Frage erwähnt hat, betrachtet er zunächst die unarticulirten Ausdrucksweisen, durch die das Kind seine Empfindungen und Gefühlsbewegungen zu äussern vermag. Er theilt diese in:

A. Unarticulirte Tonäusserungen. Nämlich:

1. Schreien.
2. Lachen.
3. Stöhnen.

Der erste unarticulirte Tonausdruck ist der Schrei, bezüglich dessen Preyer hervorhebt, dass man mit Leichtigkeit gewisse Vokale zu unterscheiden vermag; mit Darwin stimmt Preyer nicht überein bezüglich des Zeitpunkts im Leben des Kindes, von dem an es Thränen vergiesst als Ausdruck seiner Bewegungszustände. Auch in Bezug auf die Fähigkeit zu lachen stehen die Beobachtungen von Darwin und Preyer in einem Gegensatz, da jener Lachen und Schreien aus einem ererbten Instinct resultiren lässt.

B. Sprache des Gesichtsausdrucks und der Gesten:

Unter diese Unterabtheilung reiht Verf. an erster Stelle Beispiele von Stirn-

runzeln, Wuth, Widerwille, Trotz, dann den Ausdruck von Schuldbewusstsein, Ueberraschung, Furcht und die Schamröthe ein. Unter Gesten erwähnt er die Bewegungen des kindlichen Kopfes nach vorn oder von einer Seite nach der anderen (Ja- und Neinsagen), das Hindeuten mit der Hand oder dem Finger; auch die mannigfachen Bewegungen des Kindes, mit dem es die Aufmerksamkeit auf sich und seine Wünsche zu lenken weiss, sind so ausdrucksvoll, wie Worte.

C. Automatische Thätigkeit der Sprachorgane. Nämlich:

1. Plappern.
2. Jauchzen.
3. Mimisches Lesen.
4. Echolalie.

Das Plappern der Kinder ist das automatische und unbewusste Gebrauchen der Organe, die in der Folgezeit die Träger der Sprache werden. Es tritt beim Plappern zu den unvollkommenen Vokallauten des Schreiens noch etwas hinzu, was es den Bewegungen der articulirten Sprache näher bringt, es tritt dabei der Mechanismus des Mundes ebenso in Thätigkeit wie der vocale. Die Vocale kommen nun in grösserer Deutlichkeit und auch in reicherer Verschiedenheit zum Vorschein, während die Consonanten nicht nur mannigfaltig, sondern geradezu überraschend reichhaltig sind. Sehr frühzeitig — am dritten, vierten Tage — hörte Preyer den ersten Consonanten und innerhalb der ersten 7 Monate konnte er sämmtliche Vocale und Consonanten erkennen. Das Jauchzen ist eine Entwicklung des Plapperns, es sind die gleichen Töne, die hervorgebracht werden, nur lauter und freudiger; diese Angewohnheiten des Plapperns und Jauchzens behält das Kind noch bei, selbst wenn es zu sprechen angefangen hat. Das mimische Lesen stellt eine weitergehende Entwicklung des Plapperns dar und noch später kommt es zu den Tonnachahmungen, der Echolalie. Worte werden erst nachgeredet und später selbständig hervorgebracht, ohne dass irgend welche Aufmerksamkeit auf ihren Sinn gerichtet wird, während bald nachher, wenn die Articulation weiter entwickelt ist, sogar kurze Sätze durch Echolalie unter ähnlichen Bedingungen wiedergegeben werden.

D. Das intelligente Sprechen. Dazu gehört:

1. Das Verständniss des gesprochenen Wortes.
2. Worte von des Kindes eigener Erfindung.
3. Das vernünftige Sprechen.

Im Verständniss des gesprochenen Wortes kommen Mädchen in der Regel leichter vorwärts als Knaben; diese Fähigkeit entwickelt sich im Beginn des zweiten Jahres und eilt in sehr erheblichem Maasse der Fähigkeit, selbst Worte zu sprechen, voraus. Was Darwin Worte von des Kindes eigener Erfindung nennt, sieht Preyer als dunkle Nachahmungen der Worte an, die das Kind zu hören gewohnt ist; andere Beobachter bestreiten dies, so Romanes, der einen Fall erwähnt, in dem zwei Zwillingsbrüder sich eine eigene Sprache erfanden und eine ganze Zeit lang nicht dazu gebracht werden konnten, eine andere Sprache zu sprechen. Vom 19. bis zum 36. Monat beobachtete Preyer die allmähliche Entwicklung des intelligenten Sprechens. Im 26. Monat werden einzelne Worte, in den 7 folgenden Monaten die persönlichen Pronomina in ihren

verschiedenen Fällen angewendet; im 36. Monat werden grammatische Fehler seltener und des Kindes Sprachweise nähert sich mit immer grösserer Schnelligkeit der seiner Familie.

Der Verf. bespricht zuletzt die Beobachtungen Preyer's, in denen dieser die offenbare Schwierigkeit beleuchtet, die das Kind erfährt bei seinen ersten Versuchen, Worte oder Silben mit entschiedener Anstrengung des Willens, sei es freiwillig, sei es auf Aufforderung, auszusprechen. Alles weist darauf hin, fährt Verf. fort, dass nur durch eine Periode fortdauernder Anspannung die höheren Centra ihre eigenen Aufgaben am Werke der Sprache zu erfüllen und die tieferen Centra zu schnellem und vollständigen Functioniren zu bringen lernen. Verf. stellt dann die Reihenfolge fest, in der Vocale und Consonanten während dieser ersten Zeit der frühesten freiwilligen Sprachbemühungen gebildet werden und stellt eine Parallele auf zwischen der Entwicklung des Gehens und des Sprechens; Preyer ist der Ansicht, dass gesunde Kinder eher gehen als sprechen, das Gesprochene aber verstehen, lange bevor sie gehen können.

REGINALD HORSLEY (MC BRIDE).

115) **John Wyllie** (Edinburgh). **Die Störungen der Sprache. 2. Theil: Die Entwicklung der Sprache und ihre Entwicklungsstörungen. (Fortsetzung.) (The disorders of speech. Part II. — The development of speech and the developmental derangements. Continued.)** *Edinburgh Med. Journal. Februar 1892.*

Verf. geht auf die Bildung der Stimme ein und zählt die verschiedenen Functionen auf, welche, eine nach der anderen, die Stimme im Laufe ihrer Entwicklung übernimmt; es sind dies drei Functionen:

1. Eine Thätigkeit für Lungen und Athemmuskeln.
2. Ein Ausdrucksmittel für psychische Emotionen.
3. Im Zusammenwirken mit der oralen Articulation bildet sie die Sprache.

Der Schrei des Neugeborenen darf nicht als ein Mittel zum Ausdruck psychischer Emotion angesehen werden; die Innervation für diesen Vorgang liefert wahrscheinlich auch gar nicht das Gehirn, sondern das Rückenmark oder die Medulla oblongata; die Stimme tritt rein automatisch in Thätigkeit, ein Mittel zur Anregung der Lungenthätigkeit und der Respirationsmuskeln; ihr ausgiebiger Gebrauch ist wahrscheinlich ein wichtiges Tonicum für das gesammte respiratorische System durch die ganze Zeit des Wachsthums und der Entwicklung hindurch. — Aber sehr bald nach der Geburt beginnt die Function der Stimmbildung mehr und mehr unter die Herrschaft des Cerebrum zu fallen. Das Sensorium wird geweckt, und es entwickeln sich die Sensationen der Lust und des Schmerzes — die ersten Ansätze phsychischer Emotion. In gleichem Schritt mit dem Erscheinen dieser Erregungszustände kommt auch die Fähigkeit, sie Anderen zu veranschaulichen mittelst vocaler Laute, Gesichtsausdruck und Körperbewegung, und damit ist eine zweite Function der Stimme erfüllt, die des Ausdrucks psychischer Affecte; der verschiedene Tonfall für Schmerz, Hunger, Sehnsucht u. s. w. u. s. w. macht sich leicht verständlich. Der Verf. führt nun aus, wie diese zweite Function der Stimme auf mancherlei Weise sich durch das ganze

Leben hindurch geltend macht; die Stärke und Mannigfaltigkeit ihrer Ausdrucksfähigkeit nimmt während der Entwicklungs- und Wachsthumsjahre zu, sie erreicht ihren Gipfel in der vollendeten Kunst des Redners oder Sängers.

Es kommt eine dritte Function hinzu, die Stimme wird zum Instrument der Gedanken, und die Entwicklung der functionellen Leistungsfähigkeit des oralen Articulationsmechanismus steht beim Kinde in bedeutungsvoller Beziehung zur Entwicklung der intellectuellen Fähigkeiten. Das Kind geht Schritt für Schritt durch die im vorhergehenden Abschnitt erwähnten verschiedenen Stadien vorwärts, bis es schliesslich über das Gesammt der erforderlichen Articulationsbewegungen verfügt unter sorgsamer Ueberwachung der gespannten Aufmerksamkeit und unter deutlicher Anstrengung des bewussten Willens. Denn thatsächlich übernimmt das intellectuelle Bewusstsein die vollständige Leitung der Sprachcentren, freilich erst nach manchem vergeblichen Versuch und nach langer fortgesetzter Uebung. Die Mechanismen der Sprache sind auf eine reflektorische Thätigkeit eingerichtet und mit der Entwicklung der Intelligenz und des Willens kommt dieser Reflexmechanismus unter eine Controlle und Leitung.

Der Verf. wendet sich nun der Reihe nach den Schwierigkeiten zu, die das Kind erfährt bei der willkürlichen Hervorbringung der verschiedenen Vocale und Consonanten, und beschreibt die mannigfachen Unvollkommenheiten des sogen. Lallens, das, bei allen kleinen Kindern natürlich, verschwindet, sobald das Kind der Articulationsschwierigkeiten Herr wird. Er protestirt gegen die Anwendung des Wortes Stammeln (Stammering) für diesen Fall, das einen gänzlichen Irrthum involvire. Das richtige Stammeln, so hebt Verf. hervor, kommt häufig selbst bei normalen Kindern als ein vorübergehendes Phänomen vor, und bei geistesschwachen Kindern ist dieses wirkliche Stammeln, das auf einem Mangel in der Schnelligkeit des Articulationsmechanismus beruht, oft mit Lallen verbunden, indem noch ein Mangel in der Präcision des oralen Articulationsmechanismus hinzutritt. Die Worte von des Kindes eigener Erfindung gerathen bei normalen Kindern ausser Gebrauch und in Vergessenheit mit der weiteren Entwicklung der Sprachfähigkeit, während imbecile Kinder sie durch ihr ganzes Leben als Elemente ihrer Sprache bewahren.

Hierauf bespricht Verf. die sprachlichen Defecte bei Idioten und Imbecilen und citirt eine Anzahl interessanter Fälle als Illustration für die Esquirol'sche Eintheilung der Idioten und Imbecilen, nach der die unterste Klasse die gänzlich Verstandes- und Sprachlosen bilden und die höchste Stufe im Besitze einer ausgiebigen und leichten Sprache ist, aber einen Defect der intellectuellen Kräfte aufweist. Diese Fälle dienen auch zur Illustration der Anschauungen, die Verf. ausspricht, dass nämlich 1. das Lallen der Hauptfehler in der Sprache der Imbecilen ist, 2. das Stammeln gelegentlich mit dem Lallen verbunden ist, und 3. bei den untersten Graden der Imbecilität das Plappern, Schreien und die Echolalie sowie der Gebrauch von „Worten eigener Erfindung“ im Zusammenhang stehen mit dem Stande der geistigen Entwicklung, genau dem Zustande entsprechend, den normale Kinder zu der Zeit einnehmen, wo ihre Sprache auf dieser Entwicklungsstufe steht. REGINALD HORSLEY (MC BRIDE).

116) **John Wyllie** (Edinburgh). **Die Entwicklung der Sprache und ihre Entwicklungsstörungen. (The development of speech and the developmental derangements.)** *Edinburgh Med. Journal. März 1892.*

Verf. behandelt in dieser Arbeit folgende Punkte: Stummheit (congenitale Aphasie) bei nicht geistesschwachen Personen; Anstossen bei einzelnen Consonanten; angeborene Lähmung des Mundes und Munddeformitäten; Entwicklungsdefekte des Sprachmechanismus; angeborene Bradylalie und Logorrhoe. Taubstummheit.

Die Arbeit verlohnt des Lesens, für ein Referat ist sie naturgemäss nicht geeignet.

P. M'BRIDE.

117) **John Wyllie** (Edinburgh) **Die Entwicklung der Sprache und ihre Entwicklungsstörungen. (Fortsetzung.) (The development of speech and the developmental derangements. Continued.)** *Edinburgh Med. Journal. April 1892.*

Der vorliegende Abschnitt der W.'schen Abhandlung behandelt die Frage von einem rein philologischen und philosophischen Standpunkt aus.

P. M'BRIDE.

118) **Landgraf. Ueber functionelle Störungen der sprachlichen Lautgebung.** (Autoreferat, bestimmt für die Veröffentlichungen der laryng. Gesellsch. in Berlin, irrthümlich hier abgedruckt.)

Anknüpfend an einen Artikel Rosenbach's in No. 46 der Deutschen med. Wochenschr. 1890, welcher vorgeschlagen hatte, die hierhergehörigen Krankheitsbilder unter dem Namen functionelle Lähmung der sprachlichen Lautgebung zusammenzufassen, die hysterischen Stimmbandlähmungen aber ausgelassen hatte, will Landgraf diese letzteren mit hineinbezogen wissen und, da auch die von Rosenbach mit abgehandelten spastischen Aphonien nicht immer zu einem völligen Versagen der Stimme führen, hält er es für richtiger zu sprechen von functioneller Störung der sprachlichen Lautgebung.

Diese Störung kann sich zur vollständigen Lähmung steigern. Dann resultirt das Bild der hysterischen Stummheit, der sogen. Apsithyria. Hier liegt der Sitz des Leidens im Gehirn, und zwar in der Nähe des Sprachcentrums.

Die Störung kann sich ferner auf einzelne der zum Sprechen nothwendigen Muskelwirkungen beschränken, und zwar sowohl mit dem Charakter der Lähmung, als mit dem der Hyperkinese.

Zu den Störungen mit vorwiegenden Lähmungserscheinungen gehören die von Rosenbach angeführten Krankheitsbilder, 2. und 3. Kategorie dieses Autors, und die hysterischen Stimmbandlähmungen. Als Unterabtheilung gehört hierher die Mogiphonie Fränkel's.

Zu den Störungen mit dem Charakter der Hyperkinese gehört die sogen. Aphonia spastica. Analog der Fränkel'schen, mit der paralytischen Form des Schreibkrampfes in Parallele gesetzten Form giebt es auch eine spastische Form der Mogi-, richtiger wohl Mogisphonie, für welche L. ein charakteristisches Beispiel ausführlicher schildert.

Autoreferat.

119) **Goureau. Krankheiten der Stimme unabhängig von irgend einer Affection des Kehlkopfs. (Maladies de la voix indépendantes de toute affection laryngée.)** *Actualité médicale. 1892. p. 179.*

In dem von G. berichteten Falle hatten Hypertrophie der Schleimhaut der unteren Nasenmuschel, sowie eine Spina der Nasenscheidewand zu Störungen der Stimme Anlass gegeben, welche nach Abtragung der hervorspringenden Partie des Septums und nach galvanischer Aetzung des hypertrophirten Gewebes heilten.

J. BARATOUX.

120) **Collet. Das Zittern der Stimmbänder und die Störungen der Phonation bei der multiplen Sclerose. (Le tremblement des cordes vocales et les troubles de la phonation dans la sclerose en plaques.)** *Annales de laryngol. Februar 1892.*

Verf. stellt die verschiedenen Beobachtungen, die bisher über diesen Punkt publicirt sind, zusammen; man hat nach C. überall eine Reihe von Symptomen seitens des Kehlkopfs constatirt: Sensibilitätsstörungen, spastische Erscheinungen, Muskelparese und selbst Paralyse. Es sind dies die gewöhnlichen Symptome, denen man auch bei anderen Nervenkrankheiten begegnet; nur das Zittern der Stimmbänder kann als ein der multiplen Sklerose eigenthümliches Symptom angesehen werden.

E. J. MOURE.

121) **Kafemann** (Königsberg i. Pr.). **Weitere Beiträge zur Pathologie der Aprosexia nasalis und einzelner Sprachstörungen.** *Medic. pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Januar 1892.*

K. führt einen Fall von Stammeln und zwei Fälle von Stottern an, bei welchen so hochgradige Verlegung des Nasenrachenraumes durch adenoide Vegetationen statthatte, dass eine Ausbildung der Sprache, resp. Beseitigung der Sprachfehler unmöglich war. Ein Fall von Aprosexia nasalis bei einem 17jähr. Bauernsohn war sehr gut geeignet, den Einfluss nasaler und retronasaler Geschwulstbildungen auf das Gehirn zu illustriren.

SEIFERT.

122) **Decamps. Behandlung der nervösen Aphonie. (Traitement de l'aphonie nerveuse.)** *La Presse Méd. Belge. No. 20. 1892.*

D. heilte in wenigen Sitzungen vermittelst der Hydrotherapie eine Dame, welche 8 Jahre lang aphon war, und singt deshalb den Preis dieser Methode.

BAYER.

123) **J. Glover. Ein neues Verfahren für die Tracheotomie; Trachealtrocart mit verdeckter Spitze. (Nouveau manuel opératoire de la tracheotomie. Trocart trachéal à pointe dissimulée.)** *Annal. des mal. de l'oreille et du larynx. Mai 1892.*

Nachdem Verf. einen Ueberblick über die Schwierigkeiten gegeben, die man bei der Einführung der verschiedenen bei der Tracheotomie gebräuchlichen Canülen erfährt, beschreibt er einen Trachealtrocart mit verdeckter Spitze, der die Ausführung der Tracheotomie ohne Dilatator und ohne Einführer gestattet. Der

Hauptvorzug dieses Instrumentes ist, dass es jede Gefahr für die Trachea und die benachbarten Organe während der Punction der Luftröhre ausschliesst.

E. J. MOURE.

124) **N. Korolew** (Moscau). **Ernährung tracheotomirter Patienten, die an Schluckbeschwerden leiden. (O kormlenii tracheotomirowannich bolnich pri rastroistwe glotanija.)** *Med. obosr. 1892. No. 6.*

Nach der Tracheotomie gehen viele Kinder zu Grunde in Folge von Dysphagie, Schluckpneumonie und allgemeiner Schwäche, wegen mangelhafter Ernährung. Die Frage der Ernährung spielt daher bei solchen Pat. eine grosse Rolle. Die Ernährung durch Clysmata gelingt gewöhnlich nur in den ersten Tagen, und man sieht sich bald genöthigt, zur Schlundsonde zu greifen. Doch auch mit der Schlundsonde hat es zuweilen grosse Schwierigkeiten, besonders bei sehr ängstlichen oder widerspänstigen Kindern. Deshalb empfiehlt Verf. einen Nelaton'schen Catheter durch die Nase in den Oesophagus einzuführen, denselben mit Heftpflaster an die Wange zu befestigen und den ganzen Tag über liegen zu lassen. Zur Nacht wird der Catheter entfernt. Das Einführen des Catheters gelingt sehr leicht; liegt er einmal gut, so macht er keine Beschwerden, und es gelingt leicht, so häufig man will, flüssige Nahrung oder Medicamente den Pat. beizubringen.

LUNIN.

125) **E. B. Hastings** (Shadwell). **Eine einfache und ökonomische Form der Tracheotomiecanüle. (A simple and economical form of tracheotomy tube.)** *Brit. Med. Journ. 30. April 1892.*

Beschreibung einer Canüle, die sich jeder aus einem Stück Drainrohr selbst herstellen kann, und die nach Verf. gewisse Vorzüge haben soll.

MACKENZIE-JOHNSTON.

126) **Goris** (Brüssel). **Neues Polypotom für den Larynx. (Un nouveau polypotome endolaryngien.)** *Acad. méd. Belge. 25. Juin 1892. La Presse méd. Belge. No. 29. 1892.*

Gleichbedeutend mit dem Ringmesser des Störk'schen Polypotoms, selbstverständlich dementsprechend stärker gebaut, mit fixem Handgriff. Das Ringmesser ist drehbar (nach Schrötter).

BAYER.

127) **Ignace Dionisio. Erweiterungsspeculum für die Stimmbänder und Elevator für die Epiglottis für endolaryngeale und subglottische Operationen. (Speculum dilatateur des cordes vocales et elevateur de l'epiglotte pour les opérations endolaryngiennes et sousglottiques.)** *Annales des mal. de l'oreille et du larynx. April 1892.*

Beschreibung des Instrumentes nebst Gebrauchsanweisung.

E. J. MOURE.

128) **X. Ein Sprayerzeuger mit Hemmungsvorrichtung für die Application von Medicamenten im Kehlkopf etc. (Spray producer, with check action for applying medicaments to the larynx etc.)** *Lancet. 9. April 1892*

Eine Beschreibung des Instrumentes.

MACKENZIE-JOHNSTON.

f. Schilddrüse.

129) **Rivière. Die infectiöse Theorie des Kropfes. (Théorie infectieuse du goitre.)** *La Province médicale. No. 15. p. 117. 9. April 1892.*

Die von Prof. Poncet aufgestellte Theorie von der infectiösen Natur des Kropfes lässt sich durch klinische Thatsachen stützen. In der That, wenn man solche Kranken mit den sozusagen chirurgischen Kröpfen genauer befragt (d. h. Kröpfen, deren Entwicklung durch Druck auf die Nachbarorgane Störungen herbeiführt, die einen chirurgischen Eingriff rechtfertigen), dann bemerkt man bald, dass diese Patienten einige Zeit vorher Symptome einer Infection oder doch Gelegenheit zu einer solchen gehabt haben. In 2 Fällen von R. trat der Kropf nach Angina ein, in einem anderen nach Grippe, in einem weiteren nach einer Furunkelbildung am Halse; wiederholt auch begann die Schwellung am Halse mit einem Schüttelfrost oder nach einer Erkältung. Diese Affectionen, die Jahre lang dauern können, sind wohl zu unterscheiden von den primären oder den im Verlaufe von Infectionskrankheiten secundär auftretenden Schilddrüsenentzündungen. Hinzuzufügen ist, dass Jaboulay und Rivière Culturen von 6 exstirpirten Kröpfen angelegt haben; von diesen ergaben 5 Staphylokokken, und zwar 2 den Aureus; in einem Fall wuchs ein Bacill, dessen Art nicht bestimmt ist. Es scheint nicht festgestellt, ob diese Mikroorganismen pathogen waren. J. BARATOUX.

130) **Dugnet. Technik der interstitiellen Jodinjectionen bei der Behandlung des Kropfes. (Technique des injections iodées interstitielles dans le traitement du goitre.)** *Journ. de méd. et de chir. pratiques. März 1892.*

Die frischen soliden Kropfgeschwülste sind es, die am leichtesten und am schnellsten zum Schwinden zu bringen sind. Noch schneller jedoch und noch leichter heilen die frischen Cystenkröpfe, die häufig mit den lobären soliden Kröpfen verwechselt werden, trotz ihrer im Allgemeinen schärferen Grenzen.

Die alten Kröpfe, die im Allgemeinen hart, fibrös, verkalkt und manchmal auch aneurysmatisch sind, geben nach zahlreichen Injectionen zwar oft noch recht günstige, meist aber doch weniger vollständige und sehr viel weniger gute Resultate.

Unter dieser Behandlung atrophiren die Kröpfe, aber die Schilddrüse selbst wird nicht vollständig zerstört.

Die injicirte Flüssigkeit ist die pharmakopoische Jodtinctur. Als Spritze dient die gewöhnliche Pravaz'sche, die Canüle wird vorher in einer leichten ammoniakalischen Lösung abgespült. Man sticht in den festesten Theil des Tumors ein und wiederholt die Injectionen alle 8—14 Tage. Die injicirte Dosis variirt von $^1/_2$ Spritze beim ersten Mal bis zu einer ganzen (1 ccm).

J. BARATOUX.

131) **R. Köhler. Kropfschwund nach halbseitiger Strumectomie.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 24.*

Bei einer 15jährigen Patientin mit sehr grosser parenchymatöser Struma

entfernte K. die rechte Hälfte der Drüse mit dem Isthmus. Darnach trat eine ganz rapide Verkleinerung der linken Drüsenhälfte auf. LANDGRAF.

132) **Henry H. Forbes. Tumor der Schilddrüse. Thyreoidectomie. Heilung. (Tumor of the thyroid gland; thyreoidectomy; recovery.)** *N. Y. Med. Journ. Februar 1892.*

Die Pat. war weder persönlich, noch hereditär belastet, die Menstruation immer regelmässig. Vor $1^1/_2$ Jahren hatte sie zuerst ein Knötchen vorn an der linken Seite des Halses bemerkt; dasselbe war nicht schmerzhaft, auch bei Berührung nicht empfindlich gewesen, hatte aber erhebliche Störungen beim Schlucken gemacht und auch die Phonation beeinträchtigt; zugleich litt die Pat. an Palpitationen und Beklemmung. Die Untersuchung ergab jetzt das Vorhandensein eines Tumors etwa von der halben Grösse einer Billardkugel an der linken Seite des Halses; derselbe bewegte sich beim Schlucken mit der Trachea auf und ab und stellte augenscheinlich einen Theil der Schilddrüse dar; die Geschwulst war solide und wurde als eine hyperplastische fibröse Struma angesprochen. F. legte einen langen Verticalschnitt intern am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus an und präparirte dann die Geschwulst sorgfältig frei; Fluctuation liess sich an dem freigelegten Tumor nicht entdecken. Die Art. thyreoidea sup. wurde im Ganzen unterbunden; die Art. thyreoidea inf. wurde isolirt und dann unterbunden, nachdem der Isthmus dann noch abgebunden war, wurde die Geschwulst fast ohne Blutverlust exstirpirt. Bei der Durchschneidung des Tumors fand man darin eine Cyste, die man wahrscheinlich hätte enucleiren können, ohne die halbe Drüse zu opfern. Die Reconvalescenz verlief ohne Störung und die Pat. wurde als geheilt entlassen. LEFFERTS.

133) **P. Tissier. Betrachtungen über die Basedow'sche Krankheit. (Considérations sur le goitre exophthalmique.)** *Annal. de méd. 1892. p. 293.*

Eine Zusammenstellung von verschiedenen Arbeiten. J. BARATOUX.

134) **Dieulafoy. Zur Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement du goitre exophthalmique.)** *Journal de méd. de Paris. 1892. p. 301.*

Verf. räth, den cardio-vasculären Erethismus zu bekämpfen und den Kranken so zu behandeln, als ob ihm eine Hämoptysis drohte. Zu diesem Zwecke verordnet er folgende Pillen:

Pulv. Ipecac. 0,03
Pulv. fol. Digital. 0,02
Extr. Opii 0,0025

f. 1 Pille. Davon 4—6 in 24 Std. zu nehmen. Verf. hat auf diese Art mehrere Kranke mit Basedow'scher Krankheit behandelt und in der Regel eine erhebliche Besserung aller Symptome erzielt; dieselbe war ganz besonders frappant und schnell bei 2 von seinen Pat. eingetreten. Sicherlich giebt nach D.'s Meinung keine andere Behandlung ein ähnliches Resultat.

Der Effekt dieser Medication äussert sich in einer Milderung aller Symptome der Krankheit, die schon nach wenigen Tagen merkbar, nach einigen Monaten sehr erheblich ist und schliesslich einer Heilung gleichkommt. Das einzig Ueble

an dieser Behandlungsweise ist, dass bei gewissen Fällen Diarrhoe eintritt, die so lange dauert, bis eine gewisse Gewöhnung zu Stande kommt.

J. BARATOUX.

135) Redactionelle Notiz **Die Schilddrüse als ein ursächliches Moment und als Heilfactor beim Myxoedem (The thyreoid gland as a causative and curative agent in myxoedema.)** *N. Y. Med. Journ. 14. Mai 1892.*

Ein resumirender Artikel über die neuen Arbeiten in englischen Journalen von Horsley, Murray, Beatty und Fenwick.

LEFFERTS.

136) **Thomas Harry** und **G. A. Wright** (Manchester). **Myxoedem behandelt durch Verpflanzung von Schilddrüse. (Myxoedema treated by thyroid grafting.)** *Lancet. 9. April 1892.*

Die Verf. berichten über einen Fall von Myxödem, der mittelst Implantation eines Stücks Schilddrüse vom Affen unter die Brusthaut des Pat. behandelt wurde. Es kam zu vorübergehender Besserung, die nach Ansicht der Verff. aber eher den besseren hygienischen Verhältnissen auf Rechnung zu setzen ist. Die Verff. halten ihren Fall nicht für ausschlaggebend weder für, noch gegen diese Therapie.

MACKENIE-JOHNSTON.

137) **Ernest C. Carter** (Whittingham). **Ein Fall von Myxoedem mit Geistesschwäche, behandelt mittelst Injectionen eines Schilddrüsenextractes. (A case of myxoedema with insanity treated by injection with extract of thyroid gland.)** *Brit. Med. Journal. 16. April 1892.*

Die Arbeit enthält einen Bericht über einen Fall, der 3 Monate hindurch mit Injectionen von Schweinsschilddrüse behandelt und erheblich gebessert wurde. Der Pat. zeigte die typische Verdickung der Hände und Füsse, die groben Züge, die blauen Lippen, die trockene, erdfarbige Haut und die anderen Erscheinungen der Krankheit. Von der Schilddrüse war keine Spur zu fühlen. Auf die Behandlung folgte sehr schnell eine Besserung sowohl im geistigen, wie im körperlichen Befinden, und auch das Gewicht nahm langsam ab.

MACKENZIE-JOHNSTON.

g. Oesophagus.

138) **W. F. Chappell. Behandlung der Oesophagusstrictur durch permanente Sondirung. (Treatment of oesophageal stricture by permanent tubage.)** *N. Y. Med. Record. 20. Februar 1892.*

Die Benutzung kurzer Sonden hat sich hauptsächlich auf Fälle maligner Striktur beschränkt, und ihr Werth ist deshalb bisher ein rein palliativer gewesen; C. fand jedoch, dass dieselben auch als curatives Mittel bei anderen Formen von Striktur von grossem Nutzen sind. In den frischen und leichten Fällen von traumatischer Stenose, in denen sich von der allmäligen Dilatation ein gutes Resultat erwarten lässt, wird die Anwesenheit einer kurzen Hartgummi-

sonde am Sitz der Striktur in den Zwischenzeiten zwischen der jedesmaligen Einführung der Bougies die Herstellung des normalen Lumens der Speiseröhre beschleunigen. Zu diesem Zwecke ist eine Reihe von Sonden erforderlich, deren jede um ein Geringes enger im Durchmesser ist, als das entsprechende Bougie, das gerade in Anwendung kommt. Das Bougie wird eingeführt und 10—15 Minuten liegen gelassen; dann wird es entfernt, und es wird eine geeignete kurze Sonde eingeführt, die 4 oder 5 Tage liegen bleibt, bis das nächst grössere Bougie eingeführt wird. Auf diese Weise wird eine Contraction der Striktur in der Zwischenzeit zwischen der jedesmaligen Einführung der Bougies vermieden. Auch soll das blosse Liegen der Röhre in der Striktur nach C.'s Meinung einen dilatirenden Effekt ausüben. Auch in manchen Fällen von nervöser oder hysterischer Striktur ist dies Verfahren nützlich, wenn das eine Zeit lang fortgesetzte Einführen von Bougies ohne Erfolg geblieben oder ein Recidiv eingetreten ist. Auch glaubt C., dass man die Dauersonden in ähnlicher Weise nach der internen Oesophagotomie würde anwenden können.

Eine Beschreibung der angewendeten Sonden und der Einführungsmethoden nebst einigen praktischen Winken für die Behandlung, sowie die Krankengeschichten einiger auf diese Art behandelten Fälle bilden den Schluss des Aufsatzes.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) L. Réthi. **Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens, mit Einschluss der Rhinoscopie und der localtherapeutischen Technik für Studirende und Aerzte.** Wien 1892.

Das vorliegende Werk, welches die nunmehr endlich doch zu „rechtem Ansehen" gelangten Krankheiten der Nase, des Rachens und der Nebenhöhlen in sehr ausführlicher, zumeist objectiver, in einigen Punkten kritischer Weise behandelt, ist zweifellos die Frucht reicher Erfahrungen, sorgfältiger Beobachtungen, tiefen und fleissigen Studiums. Es zerfällt in zwei Hauptheile: A. Die Krankheiten der Nase und ihrer Nebenhöhlen, B. die Krankheiten des Rachens und werden in kurzer, systematischer, aber zugleich vollständiger Darstellung: im allgemeinen Theil: Anatomie, Physiologie, Untersuchungsmethoden, allgemeine Aetiologie, Symptomatologie und Therapie; im speciellen Theil: bei jeder Krankheitsform: die pathologische Anatomie, Aetiologie sowie subjective und objective Erscheinungen gesondert behandelt.

Dem Bedürfniss nach Literaturangaben ist allenthalben in weitgehendster Weise Rechnung getragen, der neueren mehr als der älteren, weil, wie Autor

meint, die letztere zumeist schon zu abgeklärten Anschauungen geführt habe, während die erstere noch wichtige Fragen behandele, welche der Erledigung erst entgegensehen und unter Anführung der einander widerstreitenden Ansichten näher beleuchtet werden sollten.

Im allgemeinen Theil vom ersten Abschnitt A. wird auch der topographischen Anatomie besondere Berücksichtigung gewährt, was namentlich für die Sondirung, bezw. Eröffnung der pneumatischen Höhlen von grosser Wichtigkeit. Sehr ausführlich sind die Capitel der Rhinoskopie, der allgemeinen Symptomatologie und der allgemeinen Therapie behandelt. Bei Besprechung der Instrumente ist mit Recht des Hopmann'schen Gaumenhalters mit elastischem Zuge, welcher für die Operationen im Nasenrachenraum vielfach von grossem Nutzen ist, und der electrischen Be- und Durchleuchtung besonders gedacht.

Im zweiten Abschnitt: Specieller Theil, ist grosses Gewicht auf die Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand, Atresie und Synechien der Nase und deren Behandlung gelegt, und mit vollem Recht, da wohl heute Niemand mehr daran zweifelt, dass eine behinderte Nasenathmung, welche so häufig durch genannte Anomalien gezeitigt wird, von weitgehendster Bedeutung für den Gesammtorganismus, ja selbst (z. B. bei Säuglingen) für das Leben gefährdend sein kann. Bei Besprechung der Nasenblutungen warnt R. vor Kauterisiren mit weissglühendem Kauter, sofern es sich um eine Blutung aus dem Septum handelt, da Weissglühhitze das blossliegende Gefäss leicht zerstören und die Blutung noch vermehren kann. Ref. möchte sich dieser Ansicht anschliessen, entgegen derjenigen von Jurasz, welcher alles Kauterisiren in diesem Fall ganz verwirft, ist aber mit letzterem der Meinung, dass die hintere Tamponade mittelst Belloc'scher Röhre wohl fast immer durch sorgfältig ausgeführte vordere Tamponade, eventuell Ausstopfen des Nasenrachenraumes mit an Fäden befestigten Tampons ersetzt zu werden vermag. Der acuten und chronischen Rhinitis ist ein entsprechender Raum gewidmet; in der Therapie könnte der Belladonna bezw. des Atropins, welche innerlich wie äusserlich angewendet, oft von hervorragendem Nutzen sind, empfehlender Erwähnung geschehen. Der electrischen Durchleuchtung der Highmorshöhle behufs Diagnose von Empyemen misst R. nur einen bedingten Werth bei, da einerseits die Höhle auch ohne Eiteransammlung durch Geschwülste, dicke Knochenränder, Fehlen der Alveolarbucht etc. dunkel, anderseits trotz Empyems hell bleiben kann, wenn die Eiterung gering ist. Die Eröffnungsmethoden der verschiedenen pneumatischen Höhlen finden zum Schluss des Capitels eingehende Erörterung und Würdigung. — Von grossem Interesse, weil mannigfach neue Gesichtspunkte erschliessend, sind die Capitel: Diphtherie, Croup, Tuberculose, Lupus, Lepra, Rhinosclerom, Rotz, Syphilis und die Neubildungen der Nase (bei Abhandlung der letzteren finden auch die Reflexneurosen gebührend Platz), doch würde es den Rahmen einer einfachen Besprechung überschreiten, wollten wir näher darauf eingehen. — Fremdkörper und Neurosen, welch' letztere nur selten zur Behandlung gelangen, beschliessen den ersten Theil des Buches.

Im zweiten Haupttheil B.: die Krankheiten des Rachens, welcher wieder in einen allgemeinen und einen speciellen gesondert wurde, handelt

Verf. zunächst wieder in sehr eingehender Weise von der Anatomie, Physiologie und allgemeinen Aetiologie, um daran die Beschreibung der Untersuchungsmethoden und des namentlich durch die Spiegeluntersuchung zu gewinnenden Bildes zu knüpfen. Gelegentlich der allgemeinen Therapie thut R. auch der von Braun empfohlenen und ausgebildeten Schleimhaut-Massage Erwähnung. Neu und erfreulich war uns, dass Herzfeld für dieselbe ein Instrument erfunden und empfohlen, das, vermittelst der zahnärztlichen Bohrmaschine in Bewegung gesetzt, dem Arzt die äusserst anstrengenden zitternden Bewegungen erspart. — Der specielle Theil beginnt mit der Schilderung der Missbildungen des Rachens, die vielfach für die Ernährung von weittragendster Bedeutung, eine operative Behandlung erheischen. Die acute Pharyngitis giebt Verf. Gelegenheit der Mikroorganismen zu gedenken, welche bei den verschiedensten Formen eine hervorragende Rolle spielen und auf die vornehmlich medicamentöse bezw. diätetische Behandlung von bestimmendem Einflusse sind, während der chronischen Pharyngitis, welcher auch die adenoiden Vegetationen, hypertrophischen Mandeln, verdickten Schleimhautpartien beizuzählen sind, abgesehen von allgemeiner Behandlung, eventuell zu Grunde liegender Constitutionsanomalien, auf mehr chirurgische Weise begegnet werden muss. Zur Beseitigung der noch immer im Vordergrunde des Interesses der Rhinologen stehenden adenoiden Vegetationen giebt R. dem Ringmesser von Gottstein und Hartmann den Vorzug. — Der Diphtherie des Rachens ist ein verhältnissmässig nur kleiner Raum zugewendet. Es gehört ja auch, nach unserer Ansicht, eine eingehende Berücksichtigung dieser Krankheit mehr in die Handbücher der Infectionskrankheiten als in ein der Besprechung zumeist localer Erkrankungen der Nase und des Rachens gewidmetes Buch; zugegeben, dass man auch anderer Ansicht sein kann. — Wie allgemein, nimmt auch Verf. an, dass der Klebs-Löffler-sche Diphtherie-Bacillus die Krankheitsursache ist, neigt aber der Ansicht zu, dass es sich ursprünglich um einen localen Process handelt, zu der die allgemeine Erkrankung erst später hinzutritt. Dementsprechend, und da der Bacillus zu seiner Entwicklung eine Temperatur von 20° benöthigt, hält R. (Ref. steht dieser Methode durchaus sympathisch gegenüber) die Eisbehandlung — Eiscravatte und Eispillen — zur Hintanhaltung des Processes und um ein Fortschreiten auf den Kehlkopf zu verhüten, für ausserordentlich nutzbringend.

Mit den von R. erwähnten Heubner'schen parenchymatösen Injectionen von Carbolsäurelösung in das Gewebe der Rachenweichtheile erklärt sich Ref. ebenso einverstanden, wenn es sich um Scharlach-Diphtherie handelt. In einigen, von ihm selbst beobachteten und so behandelten Fällen wurde der Eindruck direct lebensrettender Einwirkung gewonnen (conf. Jahresber. d. Ges. f. Natur- u. Heilkunde. 1891/92. S. 36.).

Es folgen die Capitel über Tuberculose und Lupus, Lepra, Rhinosclerom und Syphilis des Rachens, wobei namentlich auf die Besprechung dieser, sowie der erstgenannten Krankheit grosse Sorgfalt verwendet wurde. Muss wohl bei beiden die Allgemeinbehandlung in vorderster Reihe stehen, so ist doch der localen Therapie weiter Spielraum gelassen und über diese in prägnantester Form das Wichtigste mitzutheilen ist dem Bestreben des Autors wohl gelungen.

Den Schluss des vierthalbhundert Seiten starken Werkes bildet das wichtige Gebiet der Neubildungen, auf dem die Localtherapie, wenn auch oft nach unsäglich schweren Mühen, nicht selten ihre höchsten Triumphe feiert, ferner der Fremdkörper, der Mykosen und Neurosen.

Ueberblicken wir all' das Gebotene, so kommen wir zu der Ueberzeugung, dass das vorliegende Werk zur Zeit zu den vollständigsten auf dem Gebiete der Nasen- und Rachenkrankheiten zählt und seinen Zweck, dem Studirenden ein instructiver Leitfaden, dem praktischen Arzt ein reichhaltiges Nachschlagebuch zu sein, voll und ganz und zwar um so mehr erfüllt, als zahlreiche ganz vortreffliche Abbildungen das Verständniss ausserordentlich erleichtern. Die Ausstattung des Werkes ist eine, seinem inneren Werthe entsprechend, vorzügliche und gereicht der K. und K. Hof- und Universitäts-Buchhandlung von Alfred Halder zur vollen Ehre. Beschorner.

---

b) **Repp** (Darmstadt). **Empyema antri Highmori.** Züricher Dissertation. Darmstadt bei Edelmann. 1892.

Eine sehr ausführliche Besprechung des Gegenstandes auf 150 Seiten Broschürenformat, von welchen die letzten 30 Seiten allein von Titelangaben der bis zu Anfang dieses Jahres benutzten Literatur mit 410 Nummern ausgefüllt sind, ausnahmsweise von zahnärztlicher Seite aus unter laryngologicher Leitung (Suchannek) verfasst.

Entsprechend dem Umfang der ganzen Arbeit weisen die einzelnen Capitel, als da sind: Historisches, Anatomie, Form der Kieferhöhle, Physiologie, Aetiologie, Symptome und Verlauf, Diagnose, Prognose, Therapie, Krankengeschichten, Literaturverzeichniss, eine beträchtliche Vollständigkeit der Behandlung auf, ohne dass darin, wie es bei einem so viel besprochenen Thema zu erwarten ist, wesentlich Neues enthalten wäre. Ist doch die dazu gehörige Casuistik, die nur aus 8 Fällen besteht, klein und unbedeutend und auf 9 Seiten so knapp als möglich behandelt. Das Capitel, das vor dem Anderen hervorgehoben zu werden verdient, ist dasjenige der Aetiologie von der zahnärztlichen Seite aus. Verf. nimmt die Pathologie der Zähne, besonders des Molaris I. und des Biscuspis II., als die weitaus hervorragendste Ursache der Antrum-Eiterungen an. Als Hauptgruppen dieser Zahnanomalien zählt er folgende auf: 1. Abnormitäten der Zahneinlagerung in den Alveolarfortsatz, wo die Zähne als Fremdkörper oder durch Bildung von Kiefercysten wirken. 2. Caries mit ihren Folgeerscheinungen. 3. Auf Wurzeln getragene Zahnersatzapparate. 4. Misslungene Füllungen von Zähnen und Zahnwurzeln. 5. Pyorrhoea alveolaris. Die Caries theilt ihre Keime dem Antrum am häufigsten durch die Pulpitis mit, indem die Coccen vom Foramen apicale aus, dem die Nerven und Gefässe umgebenden Bindegewebe folgend, zur Schleimhaut der Kieferhöhle um so leichter vordringen können, je dünner die zwischenliegende Knochenschicht an sich ist oder je poröser sie im Verlauf des Eiterungsprocesses geworden ist. Sehr häufig auch wird es zuerst zur Entzündung der Zahnwurzelhaut kommen, welche dann den Alveolarfortsatz und den

Kiefer selbst in Mitleidenschaft zieht. Nach R. soll man den Zahnpatienten stets zu überreden suchen, dass er die Zähne und namentlich auch die Zahnwurzeln mit ihren Canälchen regelrecht ausfüllen lasse, andernfalls dieselben eben der Pulpitis verfallen. Ist, wie es auch häufig vorkommt, die Pulpa gangränös, so erkennt man dies an der dunklen blauschwarzen Farbe des Zahns, dessen Rinde von der brandigen Masse durchtränkt ist. Verf. inculpirt endlich eine besondere Form von Zahnfleisch- und Wurzelhautentzündung, die sog. Pyorrhoea alveolaris als eine nicht seltene Ursache des Empyems, zwar nicht nach Beobachtung, sondern nur vermuthungsweise, soviel aus den Krankengeschichten geschlossen werden kann. Das Zahnfleisch ist dabei hyperämisch. Die interdentalen Papillen schwellen an, das Zahnfleisch löst sich leicht vom Zahn ab und bei Druck lässt sich ein Tropfen übelriechenden Eiters aus demselben ausdrücken. Schliesslich zieht sich das Zahnfleisch allmälig ganz zurück und der Zahn wird lose. Der ganze Process ist schmerzlos und sehr chronisch, daher leicht zu übersehen. Die Zahnwurzeln können dabei theilweise zur Resorption gelangen.

Verf. berührt bezüglich der Empyeme nasalen Ursprungs auch die noch schwebenden Fragen wegen der Priorität zwischen Empyem und Ozaena einer- Empyem und Nasenpolypen andererseits. Näher scheint der Lösung dieser Causalitätsfragen Grünwald in seiner seither erschienenen Schrift mittelst Zuziehung der Sieb- und Keilbeinhöhleneiterungen zu kommen. Trotz Letzterem giebt es aber jedenfalls sehr viele Fälle von Ozaena und Nasenpolypen, welche ihre Ursache nicht in den Nebenhöhlen der Nase, sondern in der Nasenhöhle selbst haben.

Aus dem reichen Inhalt der übrigen Capitel haben wir noch den ebenfalls zahnärztlichen Theil der Therapie, z. B. auch den dentologischen Standpunkt gegenüber den Empyemen bei Kindern hervorzuheben. Zu irgendwie entscheidenden Gesichtspunkten über die verschiedenen hier sehr übersichtlich zusammengestellten operativen Behandlungsmethoden gelangt Verf. aus im Eingang erwähnten Gründen nicht.

Die ganze Arbeit ist als eine wegen ihrer Vollständigkeit sehr lesenswerthe aber offenbar zum geringsten Theil auf eigener Erfahrung fussende zu bezeichnen, deren Hauptbedeutung wir in den zahnärztlichen Eigenschaften ihres Verfassers erblicken. Jonquière.

---

c) **Grünwald** (München). **Die Lehre von den Naseneiterungen mit besonderer Rücksicht auf die Erkrankungen des Sieb- und Keilbeins und deren chirurgische Behandlung.** München, J. F. Lehmann. 1892.

Die Aufgabe, welche Gr. sich stellte, die Lehre von den Naseneiterungen in grösserem Zusammenhange zu bearbeiten, hat er in durchaus anerkennenswerther Weise durchgeführt. Er stützt sich ausser auf das in der Literatur angesammelte Material, das genügend gewürdigt und theilweise kritisch besprochen wird, auch auf reiche eigene Erfahrung, die ihn offenbar ganz besonders auf die Häufigkeit und Wichtigkeit der Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase hinleitete.

Zuerst werden die acuten Naseneiterungen besprochen und zwar die Eiterungen im Introitus, am Septum, die acuten catarrhalischen Eiterungen, darunter findet sich zweimal acutes Empyem der Kieferhöhle aufgeführt. Danach folgen die acuten Eiterungen aus dem Nasenrachenraum, bei diesem Capitel wie bei den vorigen finden sich zur Illustration eine Anzahl von interessanten Krankengeschichten beigegeben.

Von den chronischen Naseneiterungen nimmt den grössten Raum in Anspruch die Besprechung der chronischen Empyeme der Nebenhöhlen der Nase. Gr. hat gewiss Recht, wenn er auf Grund eigener und fremder Beobachtungen (Schiffer) annimmt, dass von Rhinitis atrophica simplex und foetida, insbesondere von letzterer Form (Ozaena) eine grosse Reihe von Fällen ätiologisch den Erkrankungen der Nebenhöhlen zugerechnet werden muss, und dass man die Bezeichnung Ozaena ganz verlassen solle, weil sie ja nicht eine bestimmte Krankheitsform, sondern nur einem Symptomencomplex entspricht, allein darin kann ich ihm nicht Recht geben, dass es keine genauere Form der Rhin. atroph. foet. gebe. Untersucht man eine grosse Anzahl von solchen Fällen, so wird man sicher in einem Theile der Fälle Nebenhöhlenerkrankungen als die Ursache der Eiterung resp. Borkenbildung finden, allein in einem grösseren Theile der Fälle lässt sich ein solcher Nachweis nicht liefern. Es ist hier nicht der Platz, meine eigenen Anschauungen hier anzubringen, ich möchte nur die Anregung geben, dass von allen Seiten die einzelnen Fälle von Rhin. atroph. foet. des Genauesten in Bezug auf die Aetiologie untersucht werden, damit diese gewiss sehr wichtige Frage entschieden werden könne.

Auch in Bezug auf die Polypenbildung kann ich Gr. nicht vollkommen beipflichten. Sein Standpunkt in dieser Frage ist der, dass diese Geschwülste so gut wie pathognomonisch für Nebenhöhlenempyeme resp. Caries seien. Gewiss stimmt das für eine grosse Anzahl von Polypen, aber durchaus nicht für alle und insbesondere nicht für die solitären, immerhin werden diese extremen Anschauungen dazu beitragen, dass auch hier sorgfältiger als früher nach etwa vorhandenem Empyem der Nebenhöhlen resp. nach Caries gefahndet wird.

Interesse erregen auch die Ausführungen über die specielle Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der einzelnen Nebenhöhlen.

Im Grossen und Ganzen muss man dieses Buch als ein solches bezeichnen, aus welchem manche der Fachcollegen, so wie ich, Anregung zu weiterem eigenen Untersuchen erhalten werden.

Seifert.

---

d) **Ruault. Die Krankheiten des Mundes und des Rachens. (Maladies de la bouche et du pharynx.)** Aus dem Traité de Médecine von Bouchard. Bd. III. Masson édit. 1892.

Das Werk zerfällt in zwei Theile: Die Krankheiten der Mundhöhle und die Krankheiten des Rachens und seiner Adnexen.

Im ersten Kapitel behandelt der Verf. die nervösen Störungen: die Anästhesion und Neuralgien der Schleimhaut; es folgen die motorischen Störungen.

Das zweite Kapitel ist den Circulationsstörungen gewidmet. Kapitel 3 beschäftigt sich mit der Stomatitis. Verf. erwähnt die Frage nach dem bovinen Ursprung der Stomatitis aphthosa, ferner die Arbeiten von Roux und Linossier über die Cultur des Saccharomyces. Den Schluss dieses Theiles bildet ein Kapitel über die Epithelabschuppung der Zunge und die buccale Leucoplasie.

Das erste Kapitel des zweiten Theiles behandelt die nervösen sensitiven und motorischen Störungen; das zweite wiederum die Circulationsstörungen: die Anämie, Hyperämie, Oedeme, die Hämorrhagien. Im dritten Kapitel kommen die acuten, nicht specifischen Anginen an die Reihe. Der Verf. theilt diese in zwei Gruppen: die oberflächlichen oder Schleimhaut-Anginen mit den Unterabtheilungen der katarrhalischen oder pseudomembranösen und die tiefen oder submucösen Anginen, die parenchymatösen, phlegmonösen, eitrigen. Mit vielem Interesse liest man die Seiten, in denen Verf. die Aetiologie und die Pathogenese, die allgemeine und die innere Antisepsis behandelt, sowie den der Phagocytosentheorie gewidmeten Abschnitt.

Nach einer ausführlichen Besprechung der allgemeinen Aetiologie, Pathogenese und Therapie der chronischen, nicht specifischen Anginen behandelt R. die lacunäre käsige Tonsillitis, die Hypertrophie der Mandeln, die adenoiden Vegetationen, die Krankheiten der Rachentonsille und der Zungentonsille, sowie die Granulationen des Pharynx.

Die Diphtheritis wird ausführlich behandelt. Nach einer geschichtlichen Einleitung bespricht Verf. den Bacillus, die Thierimpfungen und das diphtheritische Virus, die Abschwächung und Verstärkung desselben, die Bakterienvereinigungen, die spontane Pseudodiphtherie des Thieres, die Contagiosität der Diphtherie, ihre pathologische Anatomie und schliesslich die Symptomatologie und Behandlung dieser Krankheit.

Es ist das erste Mal in unserer Literatur, dass die Krankheiten des Halses in einem Sammelwerk der Medicin durch einen Specialisten ihre Erledigung finden; schlechter sind sie dabei nicht weggekommen, im Gegentheil!

J. Baratoux.

---

e) Bourges. Die Diphtheritis. (La Diphtherie.) Bibliothèque Charcot. Debove, Rueff édit. Paris 1892. I.

Wie der Autor in der Einleitung ausführt, ist die Diphtheritis eine contagiöse Krankheit, verursacht durch den Klebs-Loeffler'schen Bacillus. Dieser inficirt irgend eine Stelle des Organismus, dort entwickelt er sich und wuchert, wobei er die Entstehung einer fibrinösen Pseudomembran veranlasst, deren oberflächliche Schicht er selbst einnimmt. Er bleibt nun auf diesen Ort beschränkt, niemals invadirt er den Organismus, und er dringt auch nicht in die Circulation ein. Wohl kann er auf andere Stellen der Schleimhaut- oder Hautoberfläche hin transportirt werden, aber stets bildet er an diesen wieder nur lokale Infectionsherde. Wenn sich aber der Körper auch nicht in seiner Gesammtheit inficiren kann, so kann er doch eine Intoxication erfahren, denn der Bacillus producirt ein

sehr wirksames Gift, wie Roux und Yersin klar erwiesen haben, welches leicht diffundirt und in den Kreislauf übergeht.

Die Krankheit hat danach 2 Arten von Symptomen: die einen lokalisirt an der Stelle der Infection; diese sind nur insoweit von Bedeutung, als sie mechanisch zu schlimmen Folgen führen können; hierher gehört die Verschliessung der Luftwege durch die Pseudomembran; es sind diese Symptome durch die Bacillen direkt bedingt; die anderen Zeugnisse einer schweren Vergiftung des Gesammtorganismus durch das diphtheritische Virus; diese äussern sich in schweren Allgemeinstörungen und in tiefergelegenen Processen in den inneren Organen Die Diphtheritis ist also die Resultante aus 2 Faktoren: dem Bacill und seinem Toxin.

Man ist auf diese Weise dazu gelangt, bei der Schilderung des Krankheitsbildes die Symptome und die pathologischen Veränderungen in zwei verschiedene Kapitel zu theilen, je nachdem sie auf den Bacill oder auf das Toxin ihren Ursprung zurückführen. Oft pflanzt sich im Verlaufe der Diphtheritis noch eine neue Erkrankung auf die erste, indem ein zweiter pathogener Mikroorganismus eine accidentelle Krankheit zum Ausbruch bringt. Es bildet dies ein drittes Kapitel, das der Secundärinfectionen.

Im Vorstehenden haben wir den allgemeinen Plan des Bourges'schen Buches gezeichnet. Die Bakteriologie und die pathologische Anatomie nehmen einen bedeutenden Platz in demselben ein. Die neueren Arbeiten sind in angemessener Weise berücksichtigt. Indessen ist der der Therapie gewidmete Raum relativ kurz bemessen. Nach unserem Dafürhalten hätte in einem Buche dieser Art eine etwas vollständigere Uebersicht über die von gewissen Praktikern empfohlenen Medicamente wohl Platz finden dürfen. J. Baratoux.

---

f) **Lanz** (Bern). **Die Kehlkopfexstirpationen an der chirurgischen Klinik zu Bern.** Berner Dissertation. 1892.

Es wurden vom Juli 1880 bis zum Februar 1890 an 12 Patienten 14 einschlägige Operationen gemacht, 5 totale, 6 partielle Exstirpationen, von beiden je eine wegen Recidiv nach vorhergegangener blosser Ausschneidung der Kehlkopfgeschwulst; endlich eine Ausrottung eines Stimmbandes, die bis jetzt vollkommen genügt hat. Es sind also 11 ganze und theilweise Exstirpationen und 3 Excisionen von Weichtheilen gemacht worden. Unter den Kranken waren 4 primäre und 1 secundäres Carcinom, 4 Cancroide, 1 secundäres Sarkom, 1 Lupus und 1 Tuberculose. Mit Ausnahme des Lupusfalles waren alle Patienten männlichen Geschlechts. Die Krebsgeschwülste kamen alle mit Ausnahme eines Cancroides bei Männern von 44 bis zu 71 Jahren vor. Der Tod trat ein einziges Mal im Anschluss an die Operation auf nicht genügend erklärliche Weise vier Tage nach derselben ein. 4 Fälle starben $1/3$ bis 2 Jahre p. op. an Recidiven; 1 Fall 2 Jahre später an Pneumonie, 1 auf unbekannte Weise, 1 an Lungentuberculose, 1 secundäres Carcinom ist gegenwärtig wieder als rückfällig in Behandlung, 3 sind bis jetzt recidivfrei und sehr gesund geblieben, d. i. das secun-

däre Sarkom und 2 Cancroide. Die stimmlichen Resultate waren bei halbseitiger und partieller Exstirpation verständliche, mehr oder weniger laute Sprache. Ein Pat. spricht trotz Excision des linken Aryknorpels mit kaum veränderter Stimme. Ein Pat. bedient sich eines Gussenbauer'schen künstlichen Kehlkopfes, ein anderer eines Kugelventils, mit ordentlichem Erfolg. Es ist hervorzuheben, dass der Pat., der mit der blossen Ausrottung des einen Stimmbandes davon kam (Cancroid), und der auch in des Ref. Behandlung war, in seinem Verlaufe bis zur Operation bis in's Einzelne dem klassischen Falle von 1888 glich, seit 3 Jahren sich der blühendsten Gesundheit erfreut und mit zwar heiser tönender, aber deutlicher Stimme in hoher administrativer Stellung seiner Thätigkeit obliegt.

Die Prognose der Operation geht aus den vorliegenden Zahlen Kocher's als eine relativ günstige hervor, da nur Einer in möglichem, aber nicht einmal festgestellten Zusammenhange mit der Operation starb; während in anderen veröffentlichten Operationsreihen dieser Art die Hälfte der Fälle in den ersten Tagen nach der Operation starben. Anders steht es mit der Prognose der Radicalheilung, was schon dadurch erklärlich ist, dass die bösartigen Kehlkopftumoren meist zu spät in die Hände des Chirurgen gelangten; so auch hier, wo unter 12 Fällen 5 totale Exstirpationen gemacht werden mussten.

Verf. kommt natürlich auch auf den Gebietsstreit zwischen den Chirurgen und Laryngologen zu sprechen und sagt, es sei zwischen den beiden zu einer Verständigung im Sinne des biblischen Zinsgroschens gekommen. Für gutartige Tumoren sei entschieden, sofern die Lage und Form derselben es nicht unmöglich mache, die intralaryngeale Excision der Normalweg. Ganz anders sei es aber beim Carcinom und Sarkom. Sobald die Bösartigkeit einer Geschwulst im Kehlkopf constatirt sei, müsse jede intralaryngeale Behandlung, sowohl Excision, als Aetzung, Auskratzung (und Elektrolyse) von vornherein verworfen werden.

Referent glaubt nicht, dass dieser Ansicht des Verf.'s im Ernst entgegengetreten werden könne. Wenn schon einige wenige intralaryngeale Exstirpationen von Stimmbandkrebs gut gelungen sind, so ist dies mehr der seltenen Geschicklichkeit der betreffenden Laryngologen und dem Zufall günstiger Umstände zuzuschreiben, als der Methode. Denn wer wie Ref. zu beobachten Gelegenheit hatte, wie ganz anders und umfangreicher ein Stimmbandcancroid auf dem Präsentirbrettchen als im Spiegelbild aussehen kann, der wird kaum, selbst bei dieser operativ leichtesten Localisation von Larynxcarcinom, wo allein noch ein sachentsprechender intralaryngealer Eingriff in Frage kommen könnte, dem Chirurgen den Platz streitig machen. (Sehr wahr. F. S.) Für alle wandständigen unumgrenzbaren bösartigen Kehlkopfgeschwülste kommt ja ein intralaryngeales Verfahren ohnehin nicht in Betracht. Und wer wieder gut ausgeführte Laryngotomien mit gründlicher Excision am freien hellen Tageslicht und schliesslichem Ausglühen des benachbarten Gewebes beigewohnt, wer die Sicherheit gesehen hat, mit welcher das Einfliessen von Blut in die Luftröhre durch die Kocher'sche Schwammtamponcanüle sich vermeiden lässt, der wird auch zur Ueberzeugung kommen, dass diese Operation, wie es übrigens chirurgisch anerkannt ist, heutzutage als ganz gefahrlos bezeichnet werden kann, um so mehr, als man es in frischen Fällen fast nur mit

kräftigen Individuen zu thun hat. (Das dürfte doch wieder auf der anderen Seite etwas zu weit gehen. F. S.) Diese Einsicht bei uns Laryngologen als selbstverständlich vorausgesetzt, müssen wir nur wünschen, dass die ärztliche Welt darauf aufmerksam sei, dass maligne Neubildungen im Kehlkopf meist ebenso harmlos beginnen, wie gutartige, und ein sicherer Einblick in den Kehlkopf bei keiner wochenlang anhaltenden, selbst leichtesten Heiserkeit versäumt werden darf. Hinwiederum muss der Laryngologe den Chirurgen hinzuziehen, sobald die Diagnose auf Carcinom oder Sarkom gemacht ist. Noch besser aber wird es in der Zukunft für den Kehlkopkrebsigen sein, wenn jeder Laryngologe genügend Chirurg, oder jeder Chirurg genügend Laryngologe sein wird, um den Gefährdeten nicht durch mehrere Instanzen, Hausarzt, Laryngolog, pathologischen Anatom, Chirurg (zwischen hinein etwa noch Homöopath, Kneipschüler, Wunderdoctor), Zeit verlieren zu lassen.

Es ist selbstverständlich, dass die reichhaltige Schrift wegen einer Menge chirurgischer und laryngologischer Einzelheiten im Original studirt werden muss.

Jonquière.

---

g) **Gustav Naumann** (Helsingborg). **Ueber den Kropf und seine Behandlung.** (Aus dem Schwedischen von O. Reyher in Leipzig übersetzt.) Hjalmar Möller's Universit.-Buchhandl. Lund 1892 191 Seiten.

Der Verf. hat in dieser Monographie die Resultate eines umfassenden Literatur-Studiums niedergelegt. Das beigefügte Literaturverzeichniss umfasst 225 Arbeiten. Ungefähr die Hälfte des Buches ist der normalen Anatomie, der Entwickelung und Physiologie der Schilddrüse, dem Auftreten und der geographischen Verbreitung des Kropfes, dessen Aetiologie, der pathologischen Anatomie, seinem Wachsthum und dem Verhältniss zu seiner Umgebung, den Symptomen, der Diagnose und der Prognose gewidmet. Die zweite Hälfte der Arbeit enthält eine ausführliche Beschreibung der Behandlungsmethoden, welche in verschiedenen Abtheilungen besprochen werden, nämlich: 1. die hygienische und medicamentöse Behandlung, 2. Geschichte der Kropfoperationen, 3. Myxödem und Tetanie als Folgen der Totalexstirpation, 4. die neueren Operationsmethoden, 5. Indicationen der Kropfoperationen, 6. Schwierigkeiten bei der Strumectomie nebst deren Folgen und Ergebnissen.

Am Ende der Abhandlung werden die Verletzungen und die Entzündung des Kropfes, ferner die Neubildungen in der Schilddrüse, sowie die Tuberculose und die Syphilis derselben besprochen.

Das Buch ist gut geschrieben, und Jedem, der sich ein correctes Bild der heutigen Kropffrage verschaffen will, sei die Arbeit aufs Beste empfohlen.

Schmiegelow.

III. Briefkasten.

Franklin Henry Hooper (Boston) †.

Wiederum haben wir unsern Lesern die betrübende Anzeige von dem Hinscheiden eines bekannten Fachgenossen zu machen, der in verhältnissmässig jugendlichem Alter der Wissenschaft, unserer Specialität und den Seinen entrissen worden ist. Am 20. November des vergangenen Jahres erlag Dr. Franklin Hooper im Alter von nur 42 Jahren einem Epitheliom der Zunge und der benachbarten Drüsen, das sich schon seit vielen Jahren, zunächst in Form häufiger Geschwüre, dann in Gestalt leucomatöser Flecken, und endlich im Jahre 1891 als eine positive epitheliale Geschwulst der Zunge manifestirt hatte. Die damals vorgenommene Entfernung eines Theils der Zunge hemmte den Fortschritt des Leidens an dieser Stelle; nach einiger Zeit aber traten Metastasen in den Halsdrüsen auf, und nach einer mit grosser Standhaftigkeit ertragenen Leidenszeit schied der bedauernswerthe College am obengenannten Tage aus dem Leben.

Dr. Hooper, der sich in den letzten Jahren seines Lebens einer grossen Praxis erfreute, hatte seine specialistische Bildung zum Theil in Europa genossen, und war Arzt für Halskrankheiten am Massachusetts General Hospital, sowie am Boston City Hospital, ferner ein Fellow der American Laryngological Association.

Literarisch hat er sich besonders bekannt gemacht durch seine im Physiologischen Laboratorium der Harward Medical School unternommenen experimentellen Arbeiten über die Physiologie und Pathologie der motorischen Kehlkopfnerven. In rascher Aufeinanderfolge erschienen zwischen 1883 und 1888 seine Studien: „Experimental Researches on the Tension of the Vocal Bands“, „The Respiratory Function of the Human Larynx“, „Concerning the Position of Paralyzed Vocal Bands“, „The Anatomy and Physiology of the Recurrent Laryngeal Nerves“ und „Effects of Vorying Rates of Stimulation on the Action of the Recurrent Laryngeal Nerves“. Dieselben sind in den „Transactions of the American Laryngological Association“ veröffentlicht und dürften wohl allen unsern Lesern sei es im Original, sei es in der französischen Uebersetzung in den „Annales des maladies de l'oreille et du larynx“, sei es in der Gestalt von Auszügen bekannt sein.

Hier sei nur daran erinnert, dass er im Laufe seiner Untersuchungen die periphere und differenzirende Wirkung des Aethers auf die Kehlkopfmuskeln entdeckte, eine Thatsache, deren wahres Wesen und deren Bedeutung für die Erklärung der von ihm seinerzeit lebhaft bestrittenen grösseren Vulnerabilität der Glottiserweiterer in seiner eigenen Arbeit („The Respiratory Function of the Human Larynx“) freilich nicht die richtige Auslegung fand.

Dr. Hooper war vielen europäischen Collegen von den Kopenhagener und Berliner Congressen her bekannt. Die Gewissenhaftigkeit seiner Arbeiten, sowie seine oben erwähnte Entdeckung sichern ihm ein ehrendes Andenken.

Zur Diagnose des Kehlkopfcarcinoms.

a) Brief Prof. Gottstein's[1]):

Ich kann meinem verehrten Freunde Semon nur dankbar sein, dass er mir die Gelegenheit giebt, an dieser Stelle mich in der angeregten Frage der Diagnose des Kehlkopfcarcinoms auszusprechen und meinen Standpunkt zu präcisiren. Zunächst bekenne ich offen, dass ich in der Wahl der Ausdrücke „pathognostisch" und „überhaupt" nicht vorsichtig genug war und demnach Semon Ansichten scheinbar zugeschrieben habe, die er nicht ausgesprochen hat.

Was die Sache selbst anbelangt, so sage ich ausdrücklich: „Maligne Tumoren des Kehlkopfs bei vollständig normal aussehendem Boden scheinen äusserst selten vorzukommen, ich selbst erinnere mich nicht, einen Fall dieser Art gesehen zu haben." Ich enthalte mich deswegen jedes selbständigen Urtheils, mache nur auf die Schwierigkeiten der Diagnose aufmerksam und theile die Ansicht Semon's mit, dass eine unregelmässige schmutzige, matte, verwaschene Röthung in der Peripherie der Geschwulst die Natur des Grundleidens sehr verdächtig macht. Hier hätte ich — ich erkläre mich dieser Unterlassungssünde für schuldig — das Semon'sche Symptom von der behinderten Beweglichkeit des einen carcinomatösen Tumor tragenden Stimmbandes erwähnen müssen. Ich komme auf dieses Symptom erst zu sprechen, indem ich die Bedeutung der Erscheinungen schildere, die in Gefolge der aus einem durch Infiltration verdickten Boden hervorwachsenden Geschwülste auftreten und sage: „Das von Semon als pathognostisch hervorgehobene Symptom der verminderten Bewegungsfähigkeit des carcinösen Stimmbandes ist überhaupt nicht zu verwerthen, einerseits weil es oft fehlt, wie in dem von mir oben mitgetheilten Fall, anderseits weil es bei Infiltrationen anderen Charakters (Tuberculose, Syphilis) vorhanden sein kann"

Ich gebe gern zu, dass dieser Satz den Anschein hervorrufen kann, als hätte Semon das Symptom der Schwerbeweglichkeit des Stimmbands für alle Fälle von Stimmbandcarcinom als das wichtigste bezeichnet. Freund Semon wird es mir aber glauben, wenn ich ihn versichere, dass meine Absicht nur war, festzustellen, dass das „Semon'sche Symptom" für die von mir bezeichneten Fälle überhaupt nicht zu verwerthen ist und dass es mir durchaus fern lag, seine Angabe über die Bedeutung des Symptoms für die Unterscheidung einer bestimmten Form des Carcinoms von gutartigen Neubildungen, zumal ich hierin eingestandenermaassen keine Erfahrung besass, anzuzweifeln. Wie sehr ich der Autorität Semon's folge, ergiebt sich, dass ich sowohl in der dritten, sowie in der zur Zeit im Druck befindlichen vierten Auflage meines Lehrbuches seine Ansicht über die Differentialdiagnose des Carcinoms mit seinen eigenen Worten wiedergebe und ausdrücklich bemerke, dass man ihr im Allgemeinen zustimmen kann.

Gottstein.

---

b) Brief Dr. Max Thorner's:

Die Frage, ob die Schwerbeweglichkeit des betreffenden Stimmbandes bei Stimmbandgeschwülsten differential-diagnostischen Werth hat, glaube ich auf Grund eigener Erfahrungen bejahen zu dürfen. Es handelt sich natürlich nicht um eine Differential-

[1]) Dieser Brief unseres verehrten Collegen lief zu spät ein, um noch in der Januarnummer Aufnahme finden zu können. Red.

diagnose zwischen Carcinom, Tuberculose und Syphilis, wie es von Felix Semon auch auf S. 317 des Centralblatts hervorgehoben ist. In solchen Fällen kann die Trägheit des betr. Stimmbandes keinen Einfluss auf die Diagnose ausüben, zumal dieselbe anderweitig gesichert werden kann. Es kann sich, der Natur der Sache nach, auch nicht um solche weit fortgeschrittenen Kehlkopftumoren handeln, die dem erfahrenen Kehlkopfarzte von vornherein durch ihr Aussehen als bösartig imponiren. Dagegen scheint dieses Symptom entschiedenen Werth zu haben, wenn es sich um kleine, umschriebene, nicht zerfallene Geschwülste handelt, also um die Differentialdiagnose zwischen kleinen gutartigen und bösartigen Neubildungen.

Seitdem F. Semon die Aufmerksamkeit auf dieses Symptom in der Sammelforschung des Internationalen Centralblatts (Vol. V) gelenkt hat, habe ich verschiedentlich Gelegenheit gehabt, mich zu überzeugen, dass es in zweifelhaften Fällen eine wesentliche Stütze der Diagnose auf bösartige Neubildung ist. In der That konnte ich zwei diesbezügliche Fälle, die ich vor etwa zwei Jahren sah, in dieser Hinsicht vergleichen, und ich erlaube mir, dieselben hier in kürzester Form zu berichten, da sie gerade die fraglichen Punkte der Differentialdiagnose gut zu illustriren erscheinen. Der eine Fall [1]) betraf einen 42 Jahre alten Herrn, der eine kleine blassröthliche Geschwulst von der Grösse einer halben Erbse am linken Stimmbande, nahe dem vorderen Winkel hatte. Die Beweglichkeit des linken Stimmbandes war unverändert. Entfernung der Geschwulst. Kein Recidiv in 2 Jahren. — Der andere Fall, der sich etwa 8 Monate später vorstellte, betraf einen 49jährigen Mann, der eine ganz ähnlich aussehende Geschwulst, die vielleicht etwas grösser war, am linken Stimmbande nahe dem Proc vocalis hatte. Die Geschwulst war blassröthlich, circumscript und keine Hyperämie um die Basis wahrnehmbar. Die Beweglichkeit des Stimmbandes war jedoch bedeutend herabgesetzt im Vergleich zu der des rechten Stimmbandes, und dieser Umstand, zusammen mit dem Alter des Patienten, veranlassten mich, die Neubildung als bösartig anzusehen Von anderer Seite wurde die Diagnose auf Fibrom des Stimmbandes gestellt, eine Diagnose, die durch den negativen mikroskopischen Befund eines entfernten Stückchens der Geschwulst bestätigt erschien. Als ich nach etwa 14 Monaten den Patienten wieder sah, hatte die carcinomatöse Infiltration der linken Kehlkopfhälfte solche Dimensionen angenommen, dass eine radicale Operation ausgeschlossen erschien Der Patient ist inzwischen seinen Leiden erlegen.

Ich kann der Ansicht F Semon's nur beistimmen, dass die Schwerbeweglichkeit des befallenen Stimmbandes für die Differentialdiagnose zwischen kleinen gutartigen und bösartigen Geschwülsten das wichtigste Merkmal ist.

Cincinnati, U. S. A., Dec. 22. 1892.

Max Thorner.

Subglottisches Sarkom des Larynx.

a) Brief Dr. Scheinmann's:

Berlin, 7. 1. 93.

Verehrter Herr College!

Gestatten Sie, dass ich — in möglichst knapper Form — die von Herrn Landgraf im Januar-Heft des Centralblattes angeführten Gründe und „Forderungen" ab-

---

[1]) Berichtet zusammen mit 6 anderen Fällen von gutartigen Kehlkopfgeschwülsten in der Cincinnati Lancet-Clinic, 13. Februar 1892. Referirt in diesem Centralblatt No. 6, 1892, S. 308.

weise, welche derselbe auf meine Aufforderung hin gegeben hat, um die Zweifel zu begründen, welche er bezüglich meiner Diagnose: „Sarkom“ in der Arbeit: „Subglottisches Sarkom des Larynx intralaryngeal operirt und geheilt“ (Berliner klinische Wochenschrift 1892) ausgesprochen hat.

Herr Landgraf „fordert“ in einem so seltenen Falle eine genaue Anamnese. Er bezieht sich hierbei aber nur auf die mangelnde Notiz über Lues. — Der Verlauf bot in dem Falle einen so drastischen Beweis gegen das Vorhandensein von Lues (das Recidiv trat ein während des Jodkalium-Gebrauches!), dass es verzeihlich sein dürfte, wenn ich diese Frage in meiner Darstellung nicht erörtert habe. Im Uebrigen genügt, meiner Meinung nach, eine Anamnese, welche auf die Localerkrankung Bezug hat, zumal bei einem Kranken im 66. Lebensjahre.

Herr Landgraf ist verwundert, eine Untersuchung des Sputums angegeben zu finden, trotz der vorausgehenden Angabe, dass der Patient nicht gehustet hatte, Blutspuren im Speichel zeitweise vorhanden.

Wer hat denn nicht z. B. bei Verdacht auf Phthisis incipiens oft und wiederholt Untersuchungen angestellt an dem, was sich auch als Sputum ihm darbot? Ich wenigstens bin für diese Mühe doch bisweilen durch den Erfolg belohnt worden. Der wichtigste Grund des Herrn Landgraf beruht auf der Behauptung: Die Consistenz der Larynxsarkome ist eine derbe. Nach v. Schroetter „kreischen sie unter dem Messer“.

Diese Behauptung ist unrichtig. Sowohl die Erfahrungen der pathologischen Anatomie, wie die Schilderungen der klinischen Fälle in der Literatur beweisen, dass es weiche Larynxsarkome giebt. Ja es ist zweifelhaft, ob dieselben nicht häufiger sind als solche mit harter Consistenz. Um wenige Beispiele kurz anzuführen: Scheier's[1]) Fall: Sarkom des Zungengrundes, der Epiglottis, des rechten Taschenbandes zeigt nach dem Sectionsprotokoll eine weiche Consistenz — auch in den Wülsten, welche im Larynx zum Theil gestielt vorhanden waren. Der Schilderung nach ist Gottstein's[2]) Fall 1868 von weicher Consistenz gewesen, ist der Arnaud-Moure'sche[3]) Fall (gestielt, von himbeerförmiger Oberfläche) ein weiches Sarkom, wahrscheinlich gehört auch der Fall von Schnitzler-Fritsch[4]) hierher und andere, bei denen die klinische Schilderung kaum einen Zweifel darüber lässt. Ziegler sagt in seinem Lehrbuch der allgemeinen Pathologie: „Das kleinzellige Rundzellensarkom bildet äusserst weiche, schnell wachsende Geschwülste . . .“ und bemerkt in seiner speciellen Pathologie beim Larynx: „Die Sarkome präsentiren sich ähnlich wie die tuberösen Fibrome, nur sind sie weicher“.

Die Behauptung, dass die Consistenz der Larynxsarkome eine derbe ausnahmslos sei, halte ich nicht für erwiesen. Der darauf basirende Grund ist somit hinfällig.

Der Herr Referent behauptet ferner: „ein bösartiger Tumor, aus dem submucösen Bindegewebe hervorgehend, breitbasig aufsitzend und vom unteren Stimmband sich 2 cm nach abwärts erstreckend macht Bewegungsstörungen.“ Ich habe betont, es bestehe keine Bewegungsbeschränkung des Stimmbandes.

Diese Frage steht bekanntlich im Vordergrunde des Interesses bei der Carcinom-Diagnose. Eine so grosse Bedeutung ich dem Vorhandensein einer ausgesprochenen Bewegungsstörung am Aryknorpel für die Carcinomdiagnose in einem einschlägigen Falle zuerkenne, so bin ich mit anderen Beobachtern doch ausser Stande dieses Symptom als eine Conditio sine qua non für die Bösartigkeit des fraglichen Tumors besonders in frühem Stadium zu betrachten. Dies gilt für das Carcinom; ich halte es aber nicht für gestattet, ohne Weiteres Beobachtungen und Erfahrungen,

---

[1]) Ueber Zungensarkom von Dr. M. Scheier, Berliner klin. Wochenschr., 1892.
[2]) Gottstein, Wiener klin. Wochenschr., 1868.
[3]) Arnaud-Moure, 1890.
[4]) Schnitzler-Fritsch, 1889.

welche für das Carcinom Bedeutung haben, auch auf das klinisch noch wenig bekannte Sarkom zu übertragen. Giebt es doch Fälle von gestielten Sarkomen, sowohl im Larynx wie in der Trachea, z. B. der 1867 von v. Schroetter beschriebene Sarkom-Tumor an der hinteren Trachealwand. Das Fehlen der Bewegungsstörung ist nicht als ein Grund anzuerkennen, welcher dem Zweifel an der Diagnose eine berechtigte Stütze verleihen könnte.

Herr Landgraf „fordert" drittens, dass in einem Falle, der von vornherein nicht klar sein kann, der Verlauf beobachtet werde. Abgesehen davon, dass der Kranke unter den Augen eines laryngoskopisch geschulten Collegen zunehmende Heiserkeit und einen sich entwickelnden Tumor zeigte, was hätte mich ein längeres Beobachten erwarten lassen müssen? In dem Maasse, als das verlangte Wachsthum vor meinen Augen sich vollzogen hätte, wäre die Aussicht auf die Möglichkeit einer intralaryngealen Exstirpation geschwunden. Das Eintreten einer ausgesprochenen Bewegungsstörung des Stimmbandes wäre bei aller diagnostischen Wichtigkeit zugleich die Contraindication für mich gewesen eine intralaryngeale Exstirpation noch zu versuchen. Statt des Zuwartens habe ich vorgezogen — und ich halte dies im vorliegenden Falle für das Richtigere — die Probeexcision zu machen. Das positive Resultat der mikroskopischen Untersuchung, durch Waldeyer bestätigt, giebt die Berechtigung bei der klinischen Wahrscheinlichkeitsdiagnose, den nun folgenden Versuch einer ausreichenden intralaryngealen Exstirpation zu machen. Ist dieselbe auf diesem Wege gelungen, so ist es nur dem Umstande zu danken, dass ich nicht Zeit verloren habe, um eine absolute diagnostische Sicherheit zu gewinnen. Der Eingriff ist ungefährlich genug, um in solcher Lage gestattet zu sein.

Es bleibt mir übrig, nachträglich hinzuzufügen, dass der Kranke nach Abheilung der durch die erste Exstirpation geschaffenen Wundfläche mit der Verordnung von Jodkalium (5,0 : 200,0 dreimal täglich 1 Esslöffel) in seine Heimath gereist ist. Dies glaubte ich auch beim Fehlen aller und jeder auf Lues hinweisenden Momente dennoch thun zu sollen. Das Recidiv trat während des Jodkalium-Gebrauches auf; es ist operirt im November.

Unter dem Eindruck dieser Lues nunmehr sicher ausschliessenden Thatsache habe ich in meiner Darstellung in der That diese Frage nicht weiter berührt. Diese Lücke noch ausfüllen zu können verdanke ich den Zweifeln des Herrn Referenten.

Was Herrn Landgraf's Warnung vor Ueberschätzung des Werthes der mikroskopischen Untersuchung anlangt, so ist dieselbe, meines Erachtens nach, berechtigt, so weit es sich um negative Resultate derselben handelt, keineswegs aber in demselben Maasse, wenn dieselbe wie im vorliegenden Falle ein positives Resultat ergiebt, welches durch eine Autorität wie Waldeyer ausgesprochen ist. Das später auftretende locale Recidiv mitsammt dem Resultate einer nochmaligen mikroskopischen Untersuchung gab mir im Verein mit dem ganzen Verlauf das Recht und die Pflicht, diesen Fall unter der Diagnose: Sarkom zu publiciren.

Und ich meine, diese Diagnose bleibt als berechtigt trotz der Zweifel des Herrn Landgraf bestehend.

Mit dem Ausdruck des verbindlichsten Dankes für die Möglichkeit dieser Auseinandersetzung bleibe ich in ausgezeichneter Hochachtung und mit collegialem Gruss

Ihr sehr ergebener

Dr. J. Scheinmann.

---

b) Antwort des Referenten:

Zu vorstehenden Ausführungen habe ich folgendes zu bemerken:

Ich hatte unter Beweis zu stellen, dass mein Zweifel an der Diagnose des Herrn Scheinmann berechtigt war. Diesen Beweis habe ich gebracht.

Herr Scheinmann giebt zu, dass er in seiner Darstellung eine Lücke gelassen hat, welche er durch die jetzt bekannt gegebene Thatsache, dass er dem Patienten nach der ersten Operation Jodkali verordnet hat, für ausgefüllt hält. Er findet es ferner verzeihlich, dass er im Bewusstsein, Jodkali gegeben zu haben, die Frage, ob nicht vielleicht Syphilis vorläge, nicht erörtert hat. Demgegenüber musste und muss ich auf der Forderung bestehen, dass in einem so wichtigen Fall die differentialdiagnostische Seite mit der Gründlichkeit erörtert wird, welche der Fall verdient. Das ist in der ersten Publication des Herrn Scheinmann nicht geschehen.

Was die einzelnen diagnostischen Merkmale anlangt, so habe ich schon betont, dass ich keinem einzelnen derselben eine pathognomonische Bedeutung beilege, nicht der Consistenz, nicht dem Fehlen oder Vorhandensein der Bewegungsstörung, auch nicht dem Ergebniss der anatomischen Untersuchung, denn ich halte es nach wie vor für unmöglich, dass aus der Untersuchung eines kleinen Stückchens die Entscheidung ob Sarkom, ob Gummigeschwulst getroffen wird. Spricht sich der Anatom doch positiv für Sarkom aus, so setzt er eben voraus, dass der Kliniker die Syphilis bereits ausgeschlossen hat.

Allerdings werde ich nach meinen Erfahrungen eher geneigt sein, Sarkom anzunehmen, wenn die Consistenz derb, als wenn sie weich ist, trotzdem mir nicht unbekannt ist, dass auch weiche Sarkome beschrieben sind. Die Consistenzfrage allein hätte mich nicht gehindert Herrn Scheinmann's Diagnose zu acceptiren.

Würde es sich ferner um einen gestielten, nicht um einen breitbasig aufsitzenden sich 2 cm nach abwärts erstreckenden Tumor gehandelt haben, nie hätte ich dem Fehlen der Bewegungsstörung Wichtigkeit beigemessen. Unter dieser verstehe ich aber nicht, wie Herr Scheinmann, immer eine Bewegungsbehinderung der Aryknorpel. Es giebt bei freier Bewegung im Crico-arytaenoidgelenk Störungen in der Bewegung der Stimmbänder, die ich wenigstens bei bösartigen Tumoren nie habe fehlen sehen. Nur muss man nach ihnen suchen und nicht gleich eine grobe Bewegungsstörung im Crico-arytaenoidgelenk zu finden erwarten.

Wenn Herr Scheinmann das Recht und die Pflicht zu haben glaubte, seinen Fall unter der Diagnose Sarkom zu publiciren, so hatte er erst recht die Pflicht, seine Diagnose unanfechtbar zu sichern. Ihn an diese Pflicht zu mahnen, war mein Recht und meine Pflicht. Feci et dixi.

Landgraf.

(Hiermit muss die Discussion über diesen Fall, soweit das Centralblatt betroffen ist, schliessen. Red.)

XI. Internationaler Medicinischer Congress.

Rom, 24. September — 1. October 1898.

Section X. Laryngologie.

Organisationscomité: d'Aguanno (Palermo), Dionisio (Turin), Egidi (Rom), Fasano (Neapel), Felici (Rom), Labus (Mailand), Masini (Genua), Massei (Neapel), Masucci (Neapel), Putelli (Venedig).

Wie uns Prof. Massei freundlichst mittheilt, sind eingehendere Beschlüsse über die Organisation der Section von dem Comité noch nicht gefasst worden.

Personalia.

In den „Annales des maladies de l'oreille et du larynx" (Decembre 1892) lesen wir von folgenden die Leser unseres Blattes interessirenden Personalveränderungen etc.:

Prof. B. Fränkel ist zum Ehrenmitglied der neugegründeten italienischen laryngologischen Gesellschaft erwählt worden.

Prof. E. Eeman, bisher ausserordentlicher Professor an der Universität Gent, ist zum Ordinarius für die von ihm geleiteten Specialfächer (Laryngologie, Otologie, Rhinologie) befördert worden.

Dr. W. C. Jarvis (New York) hat die Professur für Laryngologie an der Universität Vermont erhalten.

Dem Brit. Med. Journal entnehmen wir die Nachricht, dass Prof. v. Schrötter und Dr. Bosworth zu Ehrenmitgliedern der British Laryngological and Rhinological Association gewählt worden sind.

In der Revue de Laryngologie wird mitgetheilt, dass unser werther Mitarbeiter, Dr. E. J. Moure von dem französischen Unterrichtsminister mit einer Mission nach Oesterreich-Ungarn betraut worden ist, um dort auf den Unterricht in der Laryngologie, Rhinologie und Otologie bezügliche Fragen zu studiren.

Dr. Uchermann (Christiania) theilt uns mit, dass vom Januar dieses Jahres seine Klinik für Hals- und Ohrenkrankheiten ca. 80 Betten und zwei Assistenten haben wird und dass vom Herbst dieses Jahres an sämmtliche Studenten der Medicin an der Universität einen dreimonatlichen obligatorischen Kurs an der Klinik durchzumachen haben werden, für dessen Ablegung sie ein Zeugniss beizubringen haben, ehe sie zum Schlussexamen zugelassen werden.

Auch in der Glasgow Royal Infirmary ist, wie wir dem Journal of Laryngology entnehmen, ein Specialdepartment für Hals- und Nasenkrankheiten mit mehreren Krankensälen errichtet und Dr. John Macintyre unterstellt worden, während Dr. Fullerton die betreffende Poliklinik leiten wird.

Neues Specialjournal.

Vom Januar dieses Jahres an erscheint unter Leitung des Herrn Gradenigo und de Rossi ein neues Specialjournal, betitelt „Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia“.

Die Titel unserer Referate.

Herr College M. Thorner (Cincinnati) schreibt uns:

.... Zugleich erlaube ich mir Sie auf etwas aufmerksam zu machen, das den Werth des „Centralblattes“ als vollkommenen Nachweis der zeitgenössischen laryngologischen Literatur noch erhöhen würde. Ich meine die Angabe der „Initials“ und des Wohnplatzes der Verfasser, namentlich aber des letzteren, der zwar in vielen Referaten erwähnt wird, in anderen jedoch nicht erscheint. Ich glaube, dass dieser Zusatz namentlich deswegen recht nützlich wäre, weil es uns manchmal erleichtern würde Separat-Abdrücke oder andere Auskunft von dem Verfasser eines Artikels zu bekommen, der uns sonst nicht zugängig würde ....

Der Wunsch des Herrn Collegen, der schon früher von anderen Seiten ausgesprochen worden ist, ist ein durchaus berechtigter, und der Herausgeber hat wiederholt seine werthen Mitarbeiter ersucht, ihm soweit als irgend möglich nachzukommen. Es darf aber nicht vergessen werden, dass nicht selten sowohl die Initialen, wie die Angabe des Wohnorts des Verfassers im Original fehlen, so dass eine ausnahmslose Angabe derselben im Centralblatt zur Unmöglichkeit wird. Doch sei der Wunsch des Herrn Collegen allen Mitarbeitern hier noch einmal warm empfohlen. Red.

Berichtigung.

In der Januarnummer lies auf Seite 349 in dem Referat über die Betz'sche Arbeit, Zeile 4 „hinter der Trachea“ statt „hinter der Schilddrüse“.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

// Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. Berlin, März. 1893. No. 9.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, Parotis, Allgemeines.

1) **Walther. Canaliculäre Ohrspeicheldrüsenentzündung. (Parotidite canaliculaire.)** Soc. anatomique. — *Bulletin méd. 1892. p. 1167.*

Verf. verfügt über 4 Fälle von chronischer canaliculärer Entzündung der Speicheldrüsen mit Luftinfiltration der Ausführungsgänge oder der Drüse selbst. In drei Fällen war der Ausführungsgang dilatirt; im einem derselben sass die Erkrankung im Ductus Whartonianus und schien bedingt zu sein durch die Gegenwart eines kleinen Steines, dessen spontane Ausstossung zum Verschwinden der Erkrankung führte. In den drei anderen Fällen war es der Ductus Stenonianus, der primär der Sitz der Luftinfiltration war. J. BARATOUX.

2) **G. W. Cole. Adenom der Ohrspeicheldrüse. (Adenoma of the parotid gland.)** *St. Louis Clinique. Vol. V. p. 48.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

3) **Bolle. Eiterige Ansteckung der Glandula submaxillaris durch höher gelegene Infectionsabscesse aus der Umgebung. (Etterige onsteking van de glandula submaxillaris met meerdere infecticabscessen in de omgeving.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der med. Gesellschaft von Seeland vom Verf. vorgetragen. BAYER.

4) **Gussenbauer** (Prag). **Ein Beitrag zur Kenntniss der branchiogenen Geschwülste.** Beiträge z. Chirurgie. Festschr. f. Billroth. 1892.

G. theilt seine Erfahrungen mit, welche er über Halskiemenfisteln, Halskiemencysten und branchiogene Carcinome zu sammeln Gelegenheit hatte. Von den 4 Fällen von Halskiemenfisteln ist bemerkenswerth, dass in 3 Fällen die Fisteln nicht bei der Geburt oder bald nachher, sondern erst lange Zeit nachher zum Vorschein kamen, nur beim 4. Fall bestand die Fistel seit der Geburt. Von

den 11 mitgetheilten Halskiemencysten waren 2 Dermoidcysten und die übrigen solche, welche eine epitheliale Auskleidung des Cystenraumes besassen, in der bindegewebigen Wand aber durch das Vorhandensein von lymphatischem Gewebe, Lymphfollikeln oder auch Lymphdrüsen sich auszeichneten. An den 8 Fällen von branchiogenen Carcinomen ist besonders interessant, dass dieselben sehr früh mit den grossen Halsgefässen und mit dem N. vagus in Verbindung traten. Merkwürdig ist, dass die Excision von carcinomatös erkrankten Vagusstücken nicht nothwendig Vaguserscheinungen zur Folge hat. SEIFERT.

5) **Nasse** (Berlin). **Die Geschwülste der Speicheldrüsen und verwandte Tumoren des Kopfes.** *Arch. f. klin. Chir. 44. Bd. 2. Heft. 1892.*

Zunächst berichtet N. über Adenome der Parotis, also Geschwülste unzweifelhaft epithelialen Ursprungs, sodann über 4 maligne Geschwülste der Parotis, (Carcinome und Sarkome) epithelialen und bindegewebigen Ursprungs. Ferner werden 25 Fälle von relativ gutartigen Tumoren der Parotisgegend sog. Mischgeschwülste mitgetheilt. Vergleichsweise führt N. dann 7 Fälle von Tumoren der Submaxillarspeicheldrüsen und der Gesichtsweichtheile an. SEIFERT.

6) **Van Campenhout. Ausschälen angeschwollener Cervicaldrüsen. (Enucléation de ganglions cervicaux engorgés.)** *La Clinique. No. 30. 1892.*

Im Niveau der linken Parotisgegend bilden die angeschwollenen Drüsen zusammen einen orangegrossen Tumor. Ausschälen. Heilung per primam.

BAYER.

7) **Van Campenhout. Ausschneiden und Auskratzen einer eiternden Halslymphdrüse. (Excision et curettage d'un ganglion suppuré du cou.)** *La Clinique. No. 31. 1892.*

Titel besagt den Inhalt. BAYER.

8) **Van Campenhout. Tracheotomie wegen drohender Asphyxie durch ein Lymphdrüsensarcom des Halses. (Trachéotomie pour asphyxie imminente provoquée par un adéno-sarcome du cou.)** *La Clinique. No. 31. 1892.*

Der Tumor nahm die Reg. praeauricul. parotid. et submax. dextr. ein, war fötuskopfgross, hart, resistent, höckerig, adhärirend und schmerzlos, comprimirte Trachea und Oesophagus, entwickelte sich rasch innerhalb 6 Monaten und war ausserordentlich bösartig. Die wegen Erstickung vorgenommene Tracheotomie konnte den Tod nur um einige Tage hinausschieben. BAYER.

9) **Scherer** (Tübingen). **Zur Lehre von den bösartigen Geschwülsten der Lymphdrüsen.** *Mittheil. aus d. Tübinger Poliklinik. 2. Heft. 1892.*

In dem ersten Falle, welcher einen 33jährigen Mann betraf, handelte es sich um maligne Lymphome, welche grosse Geschwülste innerhalb der Brusthöhle gebildet und zu Thrombose in der Vena cava super., vollständigem Thrombenverschluss der Vena brachiocephalica, der Vena subclavia. jugul. dextra, subcl. sin., thyreoidea int., Compression des Oberlappens der rechten Lunge, Höhlenbildung und Gangrän in deren Unterlappen, rechtsseitige Pleuritis geführt hatten. Die Geschwülste hatten sich ausgebreitet in die Trachea, den rechten Bronchus, den

rechten Vorhof, das Pericardium und ausserdem fand sich Geschwulstbildung in den Lymphdrüsen des Halses und des Mesenteriums, in den Nebennieren, im Ovarium und am Zungengrunde. SEIFERT.

10) **Berst. Beitrag zur Kenntniss der Bindegewebsräume am Hals. (Een Bijdrage tot de kenniss der bindweefsel-ruimten van den hals.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Augustsitzung der Tieler med. Gesellschaft liefert B. einen Beitrag zur Erkenntniss der Bindegewebsräume am Halse, welche durch die Lockerheit ihres Gewebes und dessen Ausdehnbarkeit sich zur Fortleitung von Eiter und Anschwellungen ungemein eignen. Er bespricht die retrovisceralen und prävisceralen Räume, sowie die, welche die grossen Gefässe umgeben; die zwischen dem Sternomastoid. und Omohyoid. gelegenen; ferner die Submaxillar- und Supraclavicularräume, sowie die Achselhöhlen und zeigt an Beispielen, von welchem Belang die genaue Kenntniss dieser Räume für eine gute Diagnose ist. BAYER.

11) **Campbell (Tübingen). Zur Lehre von der kryptogenetischen Septikopyaemie.** *Mittheil. aus d. Tübinger Poliklinik. 2. Heft. 1892.*

Bei einem $7^1/_2$ jährigen Mädchen konnte intra vitam eine exacte Diagnose nicht gestellt werden, erst die Obduction gab darüber Aufschluss, dass es sich um eine Septikopyaemie gehandelt hatte, welche offenbar von einer retropharyngealen Abscessbildung ausging. Dass diese letztere nicht diagnosticirt worden war, hatte darin seinen Grund, dass einmal die lokalen Beschwerden sehr geringfügig waren und dann dass der Abscess sehr klein war und seitlich rechts von der Wirbelsäule in der Nähe des Plexus cervicalis lag. Durch Druck auf diesen scheint er Reizungserscheinungen in der Nackenmuskulatur (Schmerzen beim Bewegen des Kopfes, seitliche Haltung des Kopfes nach rechts hin) veranlasst zu haben.

SEIFERT.

12) **Adolf Schmidt. Doppelseitige Accessoriuslähmung bei Syringomyelie.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 26.*

22jähriger Mann mit folgendem Symptomencomplex: Kyphoscoliose, degenerative Atrophie einer Anzahl Muskeln des Schultergürtels und der Vorderarme in annähernd gleicher Weise beiderseits, Analgesie und Thermoanaesthesie bei erhaltener tactiler Empfindung an der oberen Hälfte des Rumpfes und an beiden Armen, vasomotorische und trophische Störungen in demselben Gebiet, geringe spastische Erscheinungen der Unterextremitäten, rechts vollkommene links beginnende Stimmbandlähmung, geringe Pulsbeschleunigung. Letztere Erscheinungen combinirt mit der beiderseitigen vollkommenen Atrophie der untern Partien der Cucullares, der beträchtlichen Parese der oberen Theile dieser Muskeln und der Sternocleidomastoidei müssen auf eine Läsion der Kernregion beider Nn. accessorii bezogen werden. In Berücksichtigung der Fälle von Erb, Stolz, Israel und Remak, Martius, Bernhard, Seeligmüller, Pel, Aronsohn kommt Schmidt zu folgenden Punkten: 1. Sitz der Laesion am Halse peripher vom Plex. nodos. vagi: Affection meist einseitig, auf den äusseren Ast beschränkt. Lähmung des Cucull. und Sternocleidom. 2. Sitz der Laesion an Schädel-

basis und innerhalb des Schädels vom For. jug. bis For. magn.: Affection meist einseitig; beide Aeste befallen. Ausfallserscheinungen seitens des äussern Astes, wie bei 1, seitens des inneren Astes: einseitige Lähmung des Gaumensegeles, Schlundes und sämmtlicher Kehfkopfmuskeln ev. Pulsbeschleunigung. 3. Sitz der Laesion im Wirbelcanal an der Wurzelregion resp. im Rückenmark: Affektion häufig doppelseitig. Beide Aeste. Ausfallserscheinungen seitens des äusseren Astes wie bei 1, seitens des inneren Astes in der Regel unvollständig: isolirte Posticuslähmung, Freibleiben der Schlund- und Gaumensegelmuskeln.

LANDGRAF.

13) **Redlich** (Wien). **Ueber einen Fall von diabetischer Hemiplegie und Aphasie.** *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 37, 38, 39 u. 40.*

Ein 35jähriger Mann erkrankte an Diabetes und starb 7 Wochen darnach, nachdem sich vor 3 Wochen Hemiplegie und vor 2 Aphasie entwickelt und halbseitige epileptiforme Krämpfe eingestellt hatten. Tägliche Zuckerausscheidung über 400 g. Bei der Section fand sich nur Hyperämie mit starker Injection der grösseren und kleineren Gefässe des Gehirns und der Medulla oblongata, die R. theils auf den Diabetes, theils auf die Krämpfe zurückführt. Die Hemiplegie und Aphasie nebst den Krämpfen erklärt R. aus der Intoxication des Centralnervensystems durch gewisse, beim Diabetes producirte abnorme Substanzen, als Aceton, Acetessigsäure etc.

CHIARI.

14) **Hitzig** (Halle). **Ueber die Stellung der Zunge bei peripherer Facialislähmung.** *Münchner med. Wochenschr. No. 48. 1892. Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 50.*

Die Zunge steht in der Mitte der Mundöffnung; scheinbar weicht sie seitlich ab, dies rührt von der Verziehung des gelähmten Mundwinkels nach der gesunden Seite hin her. Hitzig erklärt das Phänomen folgendermaassen: die Kranken sind gewohnt, die Zunge in einer bestimmten Stellung zum Mundwinkel zu erhalten. Wenn nun der seitliche Zungenrand den gelähmten Mundwinkel berührt, so tritt in Folge dessen eine Deviation nach der gesunden Seite hin ein, so lange, bis die Berührung der Zungenränder mit dem Mundwinkel aufhört. So gelangt die Zunge nie bis in die Mitte des Mundwinkels, aber sie wird in sehr erheblicher Weise von der Geraden abgelenkt.

SCHECH.

15) **Weichselbaum** (Wien). **Beitrag zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Influenza.** *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 32 u. 33.*

An 6 Fällen tödlich verlaufener Influenza konnte W. den Pfeifer'schen Bacillus nachweisen und zwar fast allein in frischen Fällen im Sputum und an Schnittpräparaten, dagegen in älteren Fällen gemischt mit Pneumoniecoccen. In Schnittpräparaten aus den bronchopneumonischen Heerden konnten auch in weniger frischen Fällen nur Influenzabacillen nachgewiesen werden. Fortzüchtung der Culturen gelang W. nur bis zur 2. Generation. W. hält die Bacillen Pfeifer's, die mit seinen gleich waren, für das Contagium der Influenza. Bei Influenza entwickeln sich Pneumococcen sehr leicht; die Influenza-Bronchopneumonie und Bronchitis hat grosse Neigung zu Eiterung und Induration. Die

Nebenhöhlen der Nase erkranken sehr oft, enthalten aber gewöhnlich nur Pneumoniecoccen. Näheres ist im Originale zu finden. CHIARI.

16) E. B. Dench. **Eine Kopf- und Schulter-Stütze zum Gebrauch bei Operationen am Ohr und den oberen Luftwegen. (A head and shoulder support for use in operations upon the ear and upper air-passages.)** *N. Y. Medical Journal. 9. Juli 1892.*

Der tragbare Apparat ermöglicht eine zurückgelehnte Haltung bei Operationen am Ohr. D. glaubt, dass man den Apparat auch mit Vortheil bei manchen Operationen in den Nasenwegen, im Rachen etc. würde verwenden können, bei denen eine allgemeine Narkose erforderlich wäre.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) H. W. Loeb. **Eine verbesserte galvanokaustische Schlinge; ihre Anwendung in Hals und Nase. (An improved galvano-cautery snare; its use in the throat and nose.)** *Med. Mirror. August 1892.*

Die Vorzüge, die L. seinem Instrument nachrühmt, sind: 1. Reinlichkeit; 2. geringere Kosten; 3. grössere Festigkeit und darum leichtere Handhabung; 4. Gefahrlosigkeit hinsichtlich des kurzen Stromkreises.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) J. A. Thompson. **Physiologie der Nase. (Physiology of the nose.)** *Cincinnati Med. Journ. Mai 1892.*

Verf. bespricht einige Punkte aus der Nasenphysiologie und zeigt, wie die Wahrung ihrer physiologischen Functionen nothwendig ist für die Verhütung gewisser Krankheiten, wie Taubheit, Congestionen und Entzündungen der Athemwege etc. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **Caspari** (Berlin). **Die Behinderung der Respiration durch die Nase.** Dissertation, Berlin. 1892.

Zusammenstellung der pathologischen Erkrankungen, welche eine Störung der Nasenathmung bedingen können. SEIFERT.

20) **Bresgen** (Frankfurt a. M.). **Zur Frage der Bedeutung behinderter Nasenathmung, besonders bei Kindern.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXIII. 1892.*

Bresgen nimmt für sich die Priorität gegenüber Guye, in Anspruch den in Rede stehenden Gegenstand in eingehender Weise behandelt zu haben.

SEIFERT.

21) **Flatau. Rhinologische Plaudereien.** *Aerztl. Praktiker. 1892. No. 39.*

Bespricht den Zusammenhang von Nasen- mit Rachen- und Kehlkopfleiden.

A. ROSENBERG.

22) **Frank** (Wien). **Osteoma orbitae et nasi. Exstirpation. Heilung.** *Internat. klin. Rundschau. 1892. No. 26.*

Das Osteom hatte ungefähr die Form einer Nase von 7 cm Länge und 6 cm Höhe und 4 cm Dicke.

CHIARI.

23) **Weinlechner** (Wien). **Demonstration eines Mannes, dem eine Rhinoplastik nach lupösem Defecte der Nase gemacht worden war.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien vom 2. December 1892. — *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 49.*

Es wurde zur Deckung des Defectes des knorpeligen Nasenantheiles ein Hautlappen mit Knochenstückchen aus der Stirne verwendet, so dass das Knochenstückchen sich in in der künstlichen Nasenspitze befindet. Die Nase sah sehr schön aus, trotzdem das Septum membranac. abgestorben war.

CHIARI.

24) **Derville. Epitheliom des Nasenrückens geheilt durch chlorsaures Kalium. (Epithélioma du dos du nez guéri par le chlorate de potasse.)** Soc. anatomo-clin. de Lille. 22. Juni 1892. — *Journ. d. sciences méd. de Lille. No. 46. p. 503.*

Es handelte sich um einen 73jährigen Mann, der zuerst nur eine etwas Talg absondernde Warze gehabt hatte, die dann vor etwa einem Jahre einem deutlich krebsigen Geschwüre Platz gemacht hatte. Diese Ulceration kam in 6—8 Wochen zur Vernarbung; die angewandte Therapie bestand in Applicationen von pulverigem chlorsaurem Kali mit nachfolgendem Verbinden mit Charpietampons, die in einer concentrirten Lösung dieses Salzes getränkt waren. Die Einpulverungen wurden 3—4 mal am Tage wiederholt; dieselben verursachten freilich ziemlich lebhafte Schmerzen. — Duret schliesst an diesen Fall die Bemerkung, dass es neben Fällen, die so leicht heilen, wie der beschriebene, andere giebt, die ein Noli me tangere darstellen, die sich ausbreiten und auf die benachbarten Gewebe übergreifen trotz aller chirurgischen Bemühungen.

J. BARATOUX.

25) **M. D. Lederman. Acute Rhinitis. (Acute Rhinitis.)** *Annals Ophthal. and Otol. Juli 1892.*

L. empfiehlt einen Spray von

Cocain	0,6
Mentholcamphor .	1,2
Benzonial . . .	30,0

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **Redactionelle Notiz. Gegen acuten Schnupfen. (For acute coryza.)** *Phil. Med. News. 15. October 1892.*

Rp.	Menthol	3,0
	Acid. boric. pulv. . .	30,0
	Benzoin. pulv. . . .	
	Bismuth. subnitr. . .	āā 45,0

M. f. pulv. S. Fünf bis sechs Mal täglich 1 Prise voll zum Schnupfen.

LEFFERTS.

27) **Capitan. Gegen acuten Schnupfen. (For acute coryza.)** *Phil. Med. News. 12. November 1892.*

Rp.	Acid. tannic.	. .	3,0
	Acid. salicyl.	. .	6,0
	Salol	. . . .	15,0
	Acid. boric.	. .	60,0

M. d. S. Beim Ausbruch der Krankheit 1 stündlich 1 Prise in jedes Nasenloch zu schnupfen, doch nicht länger als 12 Stunden hintereinander. Wird eine Fortsetzung der Behandlung gewünscht, so muss Talcum oder mehr Borsäure zugesetzt oder die Menge des Salols auf die Hälfte oder ein Viertel reducirt werden.

LEFFERTS.

28) **C. E. Perkins. Acute Rhinitis mit Retention des Secretes. (Acute rhinitis with retention of secretion.)** *Med. and Surg. Reporter. 16. Juli 1892.*

Nach einer gewöhnlichen Erkältung entstand vollständige Stenose der rechten Nase und theilweiser Verschluss auch der linken Seite, zugleich schwere Neuralgie in der rechten Gesichtshälfte. Der Pat. wurde schwach, anämisch und magerte ab. Bei einer Operation zur Reduction der Nasenmuschel entleerten sich fast 30 ccm eines stinkenden käsigen Eiters.

P. glaubt, dass es sich in diesem Falle um eine acute catarrhalische Rhinitis gehandelt habe und dass in Folge der Schwellung der Schleimhaut der Ausfluss zurückgehalten wurde, wobei er sich zersetzte und zu den geschilderten Symptomen Anlass gab. P. glaubt nicht, dass die Nebenhöhlen der Nase in seinem Falle betheiligt waren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

29) **L. Connor. Heterophorie als eine Ursache von acuter Rhinitis, Verlust des Geruchs und Ohrenklingen. (Heterophoria as a cause of acute rhinitis, loss of smell and tinnitus aurium.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 10. Sept. 1892.*

C. führt einen Fall an, in dem eine Exophorie von 12° ohne jede Complication mit irgend sonst einer Deformität oder Functionsstörung der Augen, eine recht quälende Affection der Nase verursachte und länger als zwei Jahre aufrecht erhielt; und indirect wurde sie auch zur Ursache von Geruchsverlust, Ohrenklingen und Taubheit mit allgemeiner nervöser Niedergeschlagenheit. Die Beseitigung der Exophorie brachte auch die genannten Symptome zum Schwinden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **G. M. Lefferts. Die Diagnose der chronischen Rhinitis. (The diagnosis of chronic rhinitis.)** *Intern. Med. Magazine. Juli 1892.*

Eine klinische Vorlesung; L. hebt hervor, dass es von Wichtigkeit für den allgemeinen Praktiker ist, dass er mit der Untersuchung der Nasenhöhle und der Diagnose dieser Krankheit vertraut ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **W. M. Stearns. Ein paar Fälle von hyperästhetischer Rhinitis. (Some clinical cases of hyperaesthetic rhinitis.)** *Med. Era. Juli 1892.*

Verf. empfiehlt Eisessig zur localen Behandlung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **Franz Oppenheimer. Ueber Rhinitis hypertrophica und Amenorrhoe.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 40.*

O. theilt mehrere Fälle mit, in denen operative Entfernung der hypertrophischen unteren Muschelschleimhaut bis dahin bestandene Amenorrhoe beseitigte. Weitergehende Folgerungen will Verf. noch nicht ziehen. LANDGRAF.

33) **H. V. Würdeman. Cauterisation bei hypertrophischer Rhinitis. (Cauterization in hypertrophic rhinitis.)** *Annals of Ophthalmol. and Otology. Juli 1892.*

W. zieht für die meisten Fälle zum Cauterisiren in der Nase geschmolzene Chromsäurekrystalle vor; den Galvanocauter reservirt er sich für besonders frühe Eingriffe. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

34) **H. H. Witheretine. Hypertrophische Rhinitis. (Hypertrophic rhinitis.)** *Northwestern Lancet. 15. October 1892.*

Die besten Resultate erzielte Verf. bei Anwendung des Galvanocauters.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

35) **W. Scheppegrell. Die Behandlung der hypertrophischen Rhinitis mittelst Electrolyse. (The treatment of hypertrophic rhinitis by electrolysis.)** *New Orleans Med. and Surg. Journ. September 1892.*

Die erste Indication für die Behandlung ist die Besserung der Stenose; bei Anwendung des Brenners ist die beste Methode die, eine Anzahl tiefer Punkturen zu machen. Cocain soll zuvor gegeben werden, um die Contraction der Gewebe sicher zu stellen. Die besten Resultate erzielte Verf. mit einem Strom von zehn Milliampères, der zehn Minuten lang einwirkte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **J. G. Carpenter. Geistesverwirrung als Begleiter von hypertrophischer Rhinitis mit subacuter Otitis media. (Mental aberration attending hypertrophic rhinitis with subacute otitis media.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 5. Nov. 1892.*

Verf. hält das Vorkommen geistiger Störungen bei intranasalen Erkrankungen und ihren Folgezuständen für keineswegs so selten, als gewöhnlich angenommen wird; er theilt selbst mehrere Fälle dieser Art mit.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) **von Starck** (Kiel). **Ueber Rhinitis pseudomembranacea.** *Berliner klinische Wochenschr. 1892. No. 42.*

v. St. beobachtete 3 Fälle von Rhinitis mit Membranbildung, in welchen der Nachweis von Löffler'schen Diphtheriebacillen nicht gelang. LANDGRAF.

38) **Tissier. Betrachtungen über die Staphylococcose des Gesichts: Impetigo und verschiedene andere Staphylococcen-Affectionen. (Considérations sur la staphylococcose de la face: impétigo et diverses affections staphylococciques.)** *Annales de méd. 1892. No. 47. p. 375.*

Die Rhinitis impetiginosa wird in mehr als zwei Drittel aller Fälle von Impetigo des Gesichts beobachtet. Bei der einen Form ist die Nasenschleimhaut

geschwollen; stellenweise sieht man eine oder mehrere Erosionen, rundlich, von graulicher Färbung; dieselben können zu grösseren Geschwürsflächen mit cyclischen Rändern confluiren, ihr Grund ist dann leicht vertieft, bedeckt mit einem leichten grauen, fast opalescirenden Schleier, so dass sie in gewissen Fällen an die Erosionen bei secundärer Syphilis erinnern. Diese Veränderungen sind besonders in den acuten Stadien zu verzeichnen.

Bei der anderen Form sind die Krusten im Naseneingang resistenter und weniger umfangreich; die Schleimhaut zeigt eine weiche Schwellung von blasser Färbung und keine Erosionen. Die Schwellung beschränkt sich oft allein auf das vordere Ende der Muscheln, besonders der unteren Nasenmuschel.

Namentlich bei Kindern, die in jugendlichem Alter von Rhinitis impetiginosa befallen wurden, trifft man später die verschiedenen chronischen Erkrankungen der Nasenschleimhaut (atrophische Rhinitis mit oder ohne Ozaena, Rhinitis mit Hypertrophie der Schleimhaut u. s. w.). Nicht selten auch bringt die Krankheit gewisse Deformationen der Nasenflügel mit sich, auch ist sie ein die Entwickelung von Seborrhoe und Acne der äusseren Haut der Nase begünstigendes Moment.

J. BARATOUX.

39) **J. E. Potter. Rhinitis und ihre Beziehung zu Mittelohrerkrankung. (Rhinitis and its relation to disease of the middle ear.)** *Med. Mirror. September 1892.*

P. weist auf den Zusammenhang zwischen Nase und Ohr hin und räth, in Fällen von Erkrankung des letzteren stets den Zustand der Nase zu prüfen und wenn nöthig (wie dies oft der Fall) auch zu behandeln.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **Renous. Betrachtungen über den Zusammenhang der Migränen mit Nasenerkrankungen, besonders mit der Hypertrophie der Nasenmuscheln. (Quelques considerations sur les migraines en rapport avec les maladies nasales et spécialement avec l'hypertrophie des cornets.)** *Thèse de Paris. 1892.*

Der Titel kennzeichnet das Thema der Arbeit, in der Originelles nicht enthalten ist, zur Genüge.

J. BARATOUX.

41) **Conetoux. Die relative Rhinitis atrophicans. (De la rhinite atrophic relative.)** *Annal. mal. de l'oreille. August 1892.*

Bei vielen Kranken geht der atrophischen Rhinitis eine Hypertrophie der Schleimhaut der Nasenmuscheln, sowie der Nasenrachenschleimhaut voraus; es wird darum geboten sein, erst in dieser Richtung therapeutisch vorzugehen und die adenoiden Vegetationen zu beseitigen, die in sehr vielen Fällen die ozaenöse Rhinitis durch die Beengung des Nasenrachenraums und die Stagnation der Sekrete erst herbeiführen.

E. J. MOURE.

42) **W. B. Mc Clure. Die Aetiologie der atrophischen Rhinitis. (The etiology of atrophic rhinitis.)** *Am. Practitioner and News. 24. September 1892.*

1) Die atrophische Rhinitis ist die letzte und erklärliche Folge einer vernachlässigten Hypertrophie der Nasenschleimhaut und niemals kommt sie als primäre Erkrankung vor.

2) Ihre Hauptursache ist die Ernährungsstörung, die der Ausfall der Blutzufuhr verursacht.

3) Den atrophischen Prozess besorgt eine desquamative Entzündung.

4) Der Hauptpunkt (auf den M. die Aufmerksamkeit lenkt) ist die scheinbar paradoxe Feststellung, dass der Beginn der Atrophie der Nasenschleimhaut durch die Anaemie bedingt, welche ihrerseits durch die Hyperaemie veranlasst wird.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) J. P. Bennett. **Atrophische Rhinitis — Ozaena. (Atrophic rhinitis — Ozaena.)** *North American Practitioner. August 1892.*

Eine klinische Vorlesung, die nichts Bemerkenswerthes enthält.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

44) **Redactionelle Notiz. Mittel gegen Ozaena. (For ozaena.)** *Phil. Med. News. 12. November 1892.*

Rp.	Acid. thymic.	5,0
	Acid. salicyl.	15,0
	Acid. boric.	5,0
	Salol	15,0
	Pulv. Talc.	25,0

M. S. Zur Einblasung in die Nase nach vorangehender Durchspülung mit Carbolwasser.

LEFFERTS.

45) C. E. Bean. **Nasale Hydrorrhoe. (Nasal hydrorrhoe.)** *N. Y. Med. Journal. 10. December 1892.*

Das Resultat der Behandlung in den 3 Fällen von nasaler Hydrorrhoe, die Verf. mittheilt, spricht mit Sicherheit dafür, dass sich eine feste Vorschrift für die Behandlung dieser Affection nicht geben lässt.

Das Cocain, von dem man wohl einen günstigen Einfluss erwarten dürfte, nützt in den meisten Fällen nichts, manchmal ist es geradezu schädlich, denn es bringt zuweilen gerade den Effekt hervor, den wir bekämpfen wollten, während gleichzeitig sein Einfluss auf den Allgemeinzustand der Nerven ein sehr ungünstiger ist.

Abgesehen von den durch Traumen und Polypen verursachten Fällen ist kein gutes Resultat von lokalen Medicationen zu erhoffen.

Die interne Darreichung von antispasmodischen Mitteln zur Linderung oder Beseitigung des neurotischen Zustandes bietet noch am meisten Aussicht auf einigen Erfolg. Nachdem der acute Anfall vorüber, empfiehlt sich eine allgemeine tonische Therapie mit Eisenpräparaten, Strychnin, Chinin und gleichzeitigem Gebrauch kalter Bäder und Massage.

LEFFERTS.

46) Guermonprez. **Nasenbluten: Tamponade und Localbehandlung. (Epistaxis: tamponnement et traitement local.)** *Soc. des sciences méd. de Lille. 30. März 1892.*

Verf. bespricht 2 Fälle von Nasenblutung: im einen kam die Blutung durch eine kalte Durchspülung mit nachfolgender Compression des Nasenloches mit

den Finger zum Stehen, im andern musste man zur Einführung eines mit Colophonium getränkten Wattetampons seine Zuflucht nehmen. J. BARATOUX.

47) **De Brouwer. Heftige Blutung aus Nase und Mund. (Heftige bloeding uit neus en mond.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Oktobersitzung der Harlemer med. Gesellschaft theilt De B. einen Fall heftiger Blutung aus Nase und Mund bei einem 13tägigen Kinde mit; Ursache unbekannt. Pat. genas. BAYER.

48) **S. J. Radcliffe. Nasenbluten; seine Aetiologie und Behandlung. (Epistaxis. Its etiology and therapeutics.)** *Times and Register. 15. October 1892.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf folgende Punkte:

1) Die ätiologischen Factoren für das Nasenbluten stehen in deutlichem Zusammenhang und im Einklang mit dem Zustand des Organismus im Allgemeinen.

2) Wir müssen sie ausfindig machen neben den durch die Blutung sich äussernden lokalen Symptomen.

3) In manchen Fällen ist die Nasenblutung ein heilsamer Process, während sie in anderen ein Symptom ernster Störungen ist.

4) Die Therapie hat sich, soll anders sie rationell sein, auf diese Erwägungen zu stützen und der Werth eines jeden Mittels ist danach zu bemessen, ob es im Stande ist, den jedesmal vorhandenen Indicationen zu genügen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) **J. G. Stephens. Zwei typische Fälle von Nasenbluten behandelt nach der „Umbrella-Methode". (Two typical cases of epistaxis treated by the „Umbrella fashion".)** *Times and Register. 26. November 1892.*

Diese Methode besteht in der Austamponirung der Nase mittelst eines langen Stückes feinen Linnens oder Jodoformgaze oder ähnl.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

50) **Hajek (Wien). Ulcus perforans septi nasi und habituelle Nasenblutung.** Aus Prof. Schnitzler's Poliklinik. *Intern. klin. Rundschau. 1892. No. 41, 42.*

H. sucht den Anfang des U. p. septi in einer umschriebenen katarrhalischen Entzündung der Schleimhaut des Septums mit Bildung einer festhaftenden Kruste; die Kruste usurirt das Epithel, reizt zum Bohren mit dem Finger, es kommt zu schwachen Blutungen und Geschwürsbildung; endlich siedeln sich Staphylococcen und Streptococcen an und bedingen tiefere Ulceration eventuell mit starken Blutungen und manchmal Necrose des Knorpels mit Setzung eines Defectes. Natürlich muss das nicht immer erfolgen. Der Perforation geht manchmal vorher Xanthose, (Zuckerkandl) welche auf Blutungen in die Schleimhaut beruht. Eine Polemik gegen Bresgen, Zuckerkandl, Dietrich, sowie der Hinweis auf ähnliche Defecte bei Arbeitern, die mit Arsen, Phosphor und Cementstaub zu thun haben und die bekannte Abgrenzung gegen syphilitische und tuberculöse Defecte bilden den sonstigen Inhalt. CHIARI.

51) J. Dunn. **Tic douloureux reflectorischen Ursprungs. (Tic douloureux of reflex origin.)** *Virginia Med. Monthly Februar 1892.*

52) Derselbe. **Ein zweiter Fall von inveterirtem Tic douloureux reflectorischen Ursprungs von der Nase aus. Bemerkungen über den Fall nebst einigen Beobachtungen hinsichtlich der besten Methode des Verbandes und der Nachbehandlung nach Operationen in den Nasenwegen. (A second case of inveterate tic douloureux of reflex nasal origin. Remarks upon the case together with certain observations in regard to the best method of dressing and the after treatment of the nasal passages following operations on the same.)** *Virginia Med. Monthly. November 1892.*

Der erste Fall bestand seit 15 Jahren und der Pat. wurde innerhalb weniger Minuten geheilt durch die Abtragung des hypertropischen Endstückes der unteren Nasenmuschel. Sechs Monate später waren die Schmerzen noch nicht recidivirt. Der zweite Fall ist im Wesentlichen dem ersten gleich.

Der geeignetste intranasale Verband ist ein Wattebausch, getränkt in reinem, halbfestem Albolen. Ein Stück trockener reiner Watte von der erforderlichen Grösse wird zum Tampon ausgerollt, dann ein Stück Albolen von etwa der halben Grösse gründlich mit der Watte vermischt, so dass das Ganze eine fettige Masse bildet, die in die Nase eingelegt wird. Das Albolen duldet das Emporspriessen von Granulationen, die aus den rauhen Flächen in die Watte einzudringen streben, nicht lässt aber dabei die normale Heilung vor sich gehen. Die durchfettete Watte wirkt auch temporär als blutstillendes Mittel und sie kann nach 24 Stunden entfernt werden ohne Gefahr einer Nachblutung; sie reizt nicht und bleibt an ihrem Platze liegen. Nach intranasalen Operationen bepinselt D. die gesammten Schnittflächen mit einer Höllensteinlösung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

53) W. S. Jones. **Asthma als eine Reflexneurose. (Asthma as a reflex neurosis.)** *Therapeutic Gazette. 15. Juli 1892.*

Verf. glaubt, dass nasale Operationen häufig auf Asthma heilend wirken und dass die Dauer der Erkrankung die Prognose nicht ungünstig beeinflusst, wenn als Ursache eine lokale Erkrankung in der Nase angesprochen werden kann.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) Castex. **Ozaena syphilitica. (Ozène syphilitique.)** *France médicale. 1892. No. 31.*

Die Ozaena ist nur ein Symptom; man trifft sie bei der atrophischen Rhinitis, bei der scrophulösen Coryza und bei der syphilitischen Rhinitis.

Die beiden letztgenannten Affectionen unterscheiden sich beim Kinde durch folgende Zeichen: Die Nase ist an der Wurzel geschwollen, das Skelett ist betheiligt bei der Ozaena syphilitica, ferner besteht die Hutchinson'sche Trias. Bei der scrophulösen Ozaena ist die Nase geschwollen in ihren vorderen Partien und das Skelett ist intact, der Kranke bietet ausserdem noch andere Zeichen von Scrophulose dar und hat häufig adenoide Tumoren.

Die Therapie bei der syphilitischen Ozaena besteht in einer 6 mal am Tage zu wiederholenden Durchspülung mit einer Lösung von Carbolsäure oder Borsäure oder auch hypermangansaurem Kali, ferner im Schnupfen von Wismuthpulver. Wo Sequester bestehen, sind sie zu entfernen. J. BARATOUX.

55) **Dieulafoy. Secundäre Syphilis der Nase (Syphilis secondaire nasale.)** *Annal. de méd. 1892. No. 49. p. 386.*

Die Syphilide können trocken sein, feucht oder mit Krusten bedeckt. Alle sind sie indolent, nicht pruriginös und haben eine kupferartige Verfärbung, die Farbe von gekochtem mageren Schinken. Die secundären Syphilide sind polymorph.

Die secundäre Syphilis manifestirt sich in der Nase als Coryza mit Erosionen am Nasenseptum, die sich mit Pseudomembranen bedecken ähnlich denen der Diphtherie. Die Coryza kann auch der Ausdruck einer congenitalen Syphilis beim Neugeborenen sein; gewöhnlich aber findet man dann am übrigen Körper noch andere Zeichen der Siphilis: Roseolen an den Schenkeln, den Hinterbacken, in den Weichen etc. Man braucht nicht zum Jodkali seine Zuflucht nehmen, sondern kann den Liquor Van Swieten geben. In einen halben Tassenkopf Milch kommt ein Gramm dieses Mittels und so wird es 2 oder 3 mal am Tage genommen. Hat das Kind Diarrhoe danach oder verträgt es sonst das Mittel schlecht, so muss es Sublimatbäder bekommen; 15 bis 20 cgr Hg pro Bad sollten nicht überschritten werden.

J. BARATOUX.

56) **B. Schlapoberski. Lupus geheilt nach der Methode von Dr. Boeck. (Woltschanka isletschennaja po sposobu Dr. Boeck.)** *Russ. Med. 1892. No. 12.*

Bei einer 29 Jahre alten Frau, die seit 5 Jahren an Lupus der Nase und Wange litt, hatte S. Jod, Mercur und den scharfen Löffel angewandt, jedoch ohne Erfolg. Der Process machte immer von neuem Fortschritte; da benutzte S. die Behandlungsmethode von Boeck. Die Lupusknoten wurden ausgekratzt, die kleinen Wunden gründlich mit dem Lapistift geätzt und dann mit 10 pCt. Jodoformcollodium bestrichen. Die Behandlung dauerte 7 Monate und endigte mit vollkommener Heilung. Nach Verlauf von 4½ Jahren kein Recidiv.

LUNIN.

c. Mundrachenhöhle.

57) **Hajek** (Wien). **Laryngo-rhinologische Mittheilungen aus Prof. Schnitzler's poliklinischer Abtheilung.** *Internat. klin. Rundschau. 1892. No. 36.*

Mundhöhle.

1. Accessorische Zungenbildung. Vom Zungengrunde entsprang eine 2.4 ctm lange und 8 mm breite angeborene Geschwulst, die exstirpirt wurde. Sie zeigte Muskelbündel, fibrilläres Gewebe und zahlreiche Papillen, wie die der eigentlichen Zunge beschaffen.

2. Tuberculöse Infiltration des Follicularabschnittes und multiple Knotenbildung an der vorderen Partie der Zunge. Beide Infiltrate zeigten schon tiefgehenden Zerfall und heilten nach Auskratzung unter Milchsäure-Aetzung mit tiefen Narben, aber nach einigen Monaten bildeten sich neue Infiltrate. Die Epiglottis und beide Aryknorpel blieben infiltrirt, ebenso blieb der Lungenspitzen-Katarrh gleich. Im Geschwürssecrete liessen sich niemals Tuberkelbacillen nachweisen und im Sputum erst nach mehreren Monaten. Jodkali erzielte keinen Erfolg.

3. Die Tuberculose des Zahnfleisches tritt entweder bei Lupus oder seltener als eigentliche Tuberculose auf. H. beschreibt einen letzteren Fall bei einem an hochgradiger Lungenphthise leidenden Mädchen von 17 Jahren mit Tuberkulose des Kehlkopfes und des Gaumens. Tuberkelbacillen waren reichlich im Geschwürssecrete nachweisbar. Das Geschwür zeigte nur spärliche schlaffe Granulationen.

4. Central erweichtes Sarcom des weichen Gaumens einen peritonsillären Abscess vortäuschend. H. Schnitt ein an der fluctuirenden Stelle und entleerte etwas Blut. Nach einer halben Stunde profuse Blutung, die durch Dr. Hacker gestillt wurde. Das Rundzellensarcom wucherte später sehr rapid. Tod nach circa 6 Wochen.

CHIARI.

58) **M. Hajek** (Wien). **Laryngo-rhinologische Mittheilungen aus Prof. Schnitzler's poliklinischer Abtheilung.** *Internat. klin. Rundschau. 1892. No. 32 u. 33.*

1. Defecte in den Gaumenbögen und im Gaumen nicht syphilitischer Natur. 2mal sah er in den vorderen, 2mal in den hinteren Gaumenbögen Defecte von kreisrunder oder schlitzförmiger Gestalt, dann einige spaltförmige Defecte in der Nische der Vereinigungsstelle beider Gaumenbogen und einmal einen über 1 c langen klaffenden Spalt im Velum. H. hält alle diese Defecte für angeboren.

2. Gestielte Geschwülste und fibroide Auswüchse der Tonsillen. Ausser den gestielten fibroiden und Nebentonsillen fand H. 4mal 2 c lange, derbe, cylindrische, knorpelharte, federkieldicke fibröse Gebilde, die von der Kapsel der Tonsille auszugehen schienen und hinter ihr, aber noch vor dem Arc. pal. phar. lagen.

3. Bursitis und diffuser Katarrh des Nasenrachenraumes. Isolirte Entzündungen des Recessus medius sah H. 8mal in 5 Jahren an einem grossen Materiale, sonst aber bei diffusem Katarrh häufig nicht blos in der Mitte, sondern auch seitlich. Die Therapie bestand in Exstirpation der Rachentonsille und in Aetzung der Spalte mit dem Galvanocauter. Er glaubt auch, dass die sogenannte Bursitis meist eine Theilerscheinung der Entzündung der Rachentonsille ist, die in den Nischen länger und stärker anhält. Diese Nischen stellen sich als Fissuren oder Lacunen oder als Vertiefungen unter brücken- und faltenartigen Bildungen dar, von denen H. einige Formen näher beschreibt.

CHIARI.

59) **Sachs** (Leipzig). **Der jetzige Stand der Zwischenkieferspaltenfrage.** *Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. November 1892.*

Auf Grund des klinischen Befundes bei 2 Fällen von Kieferspalte stellt sich S. bezüglich deren Entstehung auf die Seite Kölliker's, der sie bekanntlich für incisiv-maxillar erklärt (Nichtvereinigung des Zwischenkiefers mit dem Oberkiefer).

SEIFERT.

60) **Bellemain. Fisteln am Kinn. (Des fistules du menton.)** *Thèse de Paris. 1892. No. 234.*

Die Fisteln am Kinn sind fast alle durch Erkrankungen der Zähne und zwar im Allgemeinen eines unteren Schneidezahns entstanden. Diese Erkrankun-

gen haben ihren Sitz an der Zahnwurzel, am Periost oder an der Alveole. Dieselben entstehen nicht spontan; der Zahn hat eine Veränderung an der Krone erfahren, die der Infection den Zutritt ermöglicht. Die Farbe des Zahnes, der Verlust seiner Transparenz und die Exploration der Fistel mit der Sonde werden stets den kranken Zahn erkennen und erreichen lassen, von dem die Fistel ausgegangen ist und unterhalten wird.

Um eine Heilung dieser Fistel zu erzielen, muss man auf ihre Ursache einwirken, d. h. auf den kranken Zahn; gewöhnlich wird man diesen extrahiren und die erkrankten Theile reseciren müssen. J. BARATOUX.

61) **Boneko** (Berlin). **Die Beziehungen eitrig entzündeter Zahnwurzeln des Oberkiefers zum Oberkiefer und zu den ihm benachbarten Theilen mit besonderer Berücksichtigung des Antrum Highmori.** Berlin, J. Becker. 1892.

B. bespricht ausführlich die in der Ueberschrift bezeichneten Beziehungen, erläutert dieselben durch eine Reihe von Krankengeschichten. SEIFERT.

62) **Poncet. Actinomycose der rechten Wange und der entsprechenden Kieferknochen. Generalisation der Erkrankung in den Lungen. (Actinomycose de la joue droite et des maxillaires correspondants; généralisation pulmonaire.)** *Acad. de méd. 1892. 20. Dec. Semaine méd. 1892. No. 64. p. 511.*

Poncet (Lyon) beschreibt den Fall einer Frau, die seit 30 Jahren in Savoyen lebte und die im vergangenen April, 8 Tage nach der Extraction eines cariösen Zahnes an einer sehr schmerzhaften Entzündung der rechten Unterkieferdrüsen erkrankte; die Entzündung ging nach und nach auf die Parotisgegend und die Backe der entsprechenden Seite über und es entstanden mehrfache Abcesse, an deren Stelle sich bald Fistelgänge entwickelten. Ausserdem floss etwa 8 Tage lang Eiter aus dem rechten Ohr und dem rechten Nasenloch, wie wenn sich ein Abscess in den Gehörgang und ein anderer in die Nasenhöhle geöffnet hätte.

Nach einem Monat nahm die Affection plötzlich eine weitere Ausbreitung an, die Schwellung gewann auf einmal die Schläfengegend und nach Verlauf von 14 Tagen war dort eine neue Fistel entstanden.

Schliesslich, nach wieder etwa 1 Monat, traten Erscheinungen seitens der Lunge auf; die Kranke hustete und warf aus, ihre Kräfte verfielen schnell, sie magerte ab, so dass sie sich entschloss, das Spital aufzusuchen. — Bei Druck auf die Fistelgänge entleerte sich eine eitrige sanguinolente Flüssigkeit, die kleine gelbe Granula enthielt, wie sie für Actinomycose charakteristisch sind. Wenn man diese mit Picrocarmin oder Eosin färbte und darauf Acht gab, sie beim Auflegen des Deckglases nicht zu zerdrücken, konnte man leicht unter dem Mikroskop das massenhafte Vorhandensein von Actinomycesdrusen constatiren.

Die Auscultation des Thorax ergab alle Zeichen einer Lungentuberculose: eine solche bestand aber nicht, denn die eingehendste Untersuchung des Sputums ergab keine Tuberkelbacillen.

Die Actinomyceskörner waren im Sputum schwerer zu erkennen, als in dem Fisteleiter: ihre Färbung war weniger gelb, und sie waren auch sehr viel spärlicher.

Die Ausdehnung des Processes an dem Kiefer und den Schädelknochen, vor allem aber die complicirende Lungenerkrankung liessen jeden chirurgischen Eingriff contraindicirt erscheinen und die Kranke wurde nach einer einige Wochen fortgesetzten palliativen Behandlung in ihre Heimath entlassen.

J. BARATOUX.

63) **Nasse. Actinomycose.** *Berl. klin. Wochenschr. 1892. No. 49.*

Der primäre Herd sass unter der tiefen Fascie zur linken Seite des Pharynx. Von ihm aus war der Pilz in die Venen durchgebrochen und hatte in Folge Verschleppung mit den Thrombusmassen vielfache metastatische Herde im ganzen Körper gemacht.

LANDGRAF.

64) **Niemeyer. Diagnose und Therapie der Unterkieferbrüche. (Diagnose en therapie der fracturo mandibulae.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

Besprechung obigen Themas vor der Med. Gesellschaft von Purmeren.

BAYER.

65) **Polak. Resection eines Stückes Unterkiefer wegen Necrose. (Wegens necrose der onderkaak een stuk van de kaak geresecerd.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Septembersitzung der Rotterdamer Med. Gesellschaft stellt P. ein Mädchen vor, welchem er wegen ausgebreiteter Necrose des Unterkiefers ein Stück davon resecirt hatte.

BAYER.

66) **Van Campenhout. Exstirpation der Oberkiefer wegen Phosphorcaries. (Exstirpation des maxillaires supérieurs pour carie phosphorée.)** *La Clinique. No. 30. 1892.*

Einfaches Ausziehen der Sequester.

BAYER.

67) **Charles Workman** (Glasgow). **Eigenthümlicher Tumor des Unterkiefers. (Remarkable tumour of the upper jaw.)** *Glasgow Med. Journ. October 1892.*

Der Tumor, der von Dr. Fleming exstirpirt worden war, zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung zahlreiche von einem trabeculären Netzwerk umgebene Räume voll kernhaltiger Rundzellen. Clark, Buchanan und Rutherford nahmen an der Besprechung des Falles theil, doch konnte man zu keiner bestimmten Anschauung über die pathologische Stellung dieser Geschwulst kommen.

P. MC BRIDE.

68) **T. H. Bryce** (Glasgow). **Ein multiloculärer cystischer Tumor des Unterkiefers. (Specimen of multilocular cystic tumour of lower jaw.)** *Glasgow Med. Journ. November 1892.*

Demonstration des Präparates.

P. MC BRIDE.

69) **Van T'Hove. Ein Fall von Carcinom des Oberkiefers. (Een geval van Carcinoom van de bovenkaak.)** *Weekbl. voor Geneesk. Juli 1892.*

In der Med. Gesellschaft von Zutfen bespricht V. einen Fall von Oberkiefercarcinom, bei welchem der Autor, um die unerträglichen Schmerzen zu besänfti-

gen, nach Vornahme der temporären Resection des Jochbeins den 2. Ast des Trigeminus durchschnitt. BAYER.

70) **Gouin und Vignes. Die Geschmacksempfindung am Gaumensegel. (La sensibilité gustative du voile du palais.)** *Marseille méd. 15. Juli 1892.*

Die Verff. haben Untersuchungen über diesen Punkt angestellt, aus denen hervorgeht, dass der knöcherne Gaumen nicht sensibel ist und dass die Geschmacksempfindung an dem weichen Gaumen sich um so deutlicher ausspricht, je mehr man sich dem freien Rande desselben nähert. J. BARATOUX.

71) **Hallopeau und Jeanselme. Ein Fall von Mycosis fungoides mit Lokalisation am Gaumen und sehr ausgedehnter scleröser Verhärtung der Haut. (Sur un cas de mycosis fongoide avec localisation palatine et induration scléreuse très-étendue de la peau.)** *Soc. de dermatol. 8. December 1892. Semaine méd. 1892. No. 63. p. 506.*

Es handelt sich um einen typischen Fall von Alibert'scher Mykose, der bemerkenswerth war wegen des Umfanges, der bläulichen Verfärbung und der Confluenz der mycotischen Geschwülste. Eine von diesen, die die Grösse einer kleinen Nuss hatte, sass oben in dem Raum für die Tonsillen. Es ist dies der einzige Fall, in dem diese Localisation constatirt ist, wenn man absieht von einem Fall von Sarcomatose, den der eine der beiden Verff. beobachtet hat, und der ohne genügenden Beweis für ein Fall von mycotischer Natur gehalten wurde. — Andererseits aber besteht eine sehr ausgesprochene Sklerose fast der ganzen äusseren Hautdecke; dieselbe betrifft das subcutane Zellgewebe und stellt nicht eine einfache Verdickung dar, wie sie bei den erythematösen Formen beschrieben ist. Eine Ulceration am Rücken ist von einem charakteristischen Wall umgeben.

Die histologische Untersuchung eines Stückchens von einem der Tumoren im Gesicht zeigte in der Haut ein netzförmiges Gewebe, dessen Maschen von runden oder durch gegenseitigen Druck polygonal gestalteten Zellen erfüllt waren; ferner eine erhebliche Erweiterung der kleinen Gefässe, wodurch das bläuliche Aussehen der Neubildungen erklärt wird. Die Verstopfung wiederum, die man an einer grossen Anzahl der Gefässe in Folge der Proliferation des Endotheliums constatirte, macht die Ulcerationen und die partiellen Nekrosen verständlich, die man an mehreren Tumoren beobachten konnte. J. BARATOUX.

72) **Duplay. Die syphilitischen Perforationen des Gaumens. (Les perforations syphilitiques du palais.)** *Gaz. des hôpit. 1892. No. 113. p. 1065.*

Die syphilitischen Läsionen treten im Allgemeinen an der Riechschleimhaut hervor, ehe sie am Gaumensegel erscheinen. Die Behandlung muss vor Allem eine prophylactische sein: man muss sofort Jod nehmen lassen. Besteht bereits die Perforation, so verliert die specifische Behandlung ihre Bedeutung; dann ist Uranoplastik anzuwenden, die vor dem Gebrauch von Prothesen den Vorzug verdient. Ein wichtiges Moment für den schliesslichen Erfolg ist es, nicht zu operiren, ehe nicht die Coryza vollständig geheilt ist. J. BARATOUX.

73) **Hutchinson. Ulceration und Perforation des weichen Gaumens. (Ulceration and perforation of the soft palate.)** *Edinburgh Med. Journal. December 1892.*

Demonstration des Falles.

P. MC BRIDE.

74) **Siraud. Hasenscharte mit Spaltung des Gaumensegels. (Bec de lièvre avec division de la voute palatine.)** *Province méd. 1892.*

Verf. bespricht den Fall eines Kindes, bei dem er 4 mal operiren musste, bis die Gaumenspalte geschlossen und das Gaumensegel ganz wiederhergestellt war.

J. BARATOUX.

75) **Vermey. Demonstration eines Patienten, bei welchem die Staphylorraphie vorgenommen worden war. (Demonstratie van een patient, bij wien hij staphylorraphie verricht had.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. 1892.*

In der Med. Gesellschaft von Amsterdam.

BAYER.

76) **G. H. Gibson. Ein Fall von Operation wegen gespaltenem harten und weichen Gaumen, ausgeführt von Dr. R. W. Whitehead. (A case of operation for cleft of the hard and soft palate as performed by Dr. R. W. Whitehead.)** *Med. and Surg. Reporter. 30. August 1892.*

Verf. erklärt, dass wenn die Muskeln vollständig durchschnitten und die Nähte an richtiger Stelle und fest angelegt sind, dann kein Husten oder Niesen und kein Erbrechen von Seiten des Pat. ein Ausreissen der Nähte bewirken kann.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **Naumann** (Helsingborg). **Eine Methode Nähte bei Gaumendefecten anzulegen.** *Centralbl. f. Chirurg. 52. 1892.*

Vorwiegend für den Chirurgen von Interesse.

SEIFERT.

78) **J. Thorington. Fast vollständige Zerstörung des Gaumensegels corrigirt durch einen künstlichen weichen Gaumen, mit nicht nur weitgehender Verbesserung der Sprache, sondern auch unmittelbarer Steigerung des Hörvermögens. (Almost total destruction of the velum palati corrected by an artificial soft palate, producing not only greatly improved speech but an immediate increase in audition.)** *Med. News. 3. September 1892. Annales des mal. du larynx et de l'oreille. September 1892.*

Es handelt sich um ein 16jähriges Mädchen, bei der der Verlust des Gaumens durch Scarlatina und Diphtherie entstanden war. — Holzschnitte, die der Arbeit beigegeben sind, erläutern die Construction des künstlichen Gaumens und Segels.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

79) **Kuhn. Ein Fall von totaler Verwachsung des weichen Gaumens.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 43.*

K. brannte mit dem Paquelin eine Zweimarkstückgrosse Oeffnung, die zunächst durch Kautschukdrains, später durch Hartkautschukplatte mit einer am hinteren Ende senkrecht aufsteigenden Röhre offen erhalten wurde.

LANDGRAF.

80) **Hajek** (Wien). **Operation der totalen Verwachsungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand.** *Internat. klin. Rundschau. 1892. No. 34.*

H. löst mit dem Messer unter starker Dehnung der Narben in mehreren Sitzungen das Velum ab, nachdem er früher eine kleine Perforation gemacht. Dabei sucht er so viel als möglich vom Velum zu erhalten und dehnt die Narbe immer wieder mit einem Gaumenhaken. Die Zahl der Sitzungen hängt von der Ausdehnung und Breite der Narben ab. Ist endlich das Velum ganz abgelöst, so wird es durch eine Kautschukplatte von der hinteren Rachenwand abgehalten, bis die Trennungsflächen überhäutet sind. In 2 Fällen erzielte H. glänzende Resultate und in 3 anderen recht günstige Erfolge. CHIARI.

d. Diphtherie und Croup.

81) **E. G. Mason. Neuere Fortschritte in unserer Kenntniss der Diphtherie. (Recent advances of our knowledge of diphtheria.)** *Pittsburgh Med. Review. Juli 1892.*

M. bespricht einige neuere Untersuchungen über den Diphtheriebacillus.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **Guinochet. Das Toxin des Diphtheriebacillus. (Sur la toxine du bacille de la diphthérie.)** *Soc. de Biologie. 28. Mai 1892.*

Straus las im Auftrage von G. Folgendes vor: „Die ersten Arbeiten über die von den pathogenen Bakterien erzeugten Stoffwechselproducte suchen diese unter die Alcaloide einzureihen; heute weiss man, dass dieses nicht die eigentlich specifischen pathogenen Elemente der Bakterien sind; denn sie reproduciren nicht die Hauptsymptome der durch das Bakterium selbst oder durch seine Bouilloncultur hervorgerufenen Krankheit. Man suchte deshalb in anderer Richtung und man nimmt heute allgemein an, dass diese Producte albuminoide Stoffe sind, seien es Diastasen (Roux und Yersin) oder Albumine (Toxalbumine von Brieger und Fränkel) oder Nucleine (Gamaleia). Ein zweiter Punkt, der Aufklärung bedürfte, ist die Frage, woher diese toxischen Substanzen stammen. Sind es Zersesetzungsproducte der Eiweissstoffe, die den Mikroben als Nahrung dienten, wie man in Deutschland annimmt (Brieger, Hueppe) oder besitzen die Mikroben vielmehr die Fähigkeit, diese Substanzen durch einen synthetischen Process mit Hülfe einfacherer Körper zu bilden? Zur Entscheidung dieser Frage züchtete ich den Löffler'schen Bacillus in eiweissfreiem Urin; der Versuch lehrte, dass wenn man Meeschweinchen inficirte mit den im Urin gezüchteten Bacillen oder auch mit dem durch Chamberland'sche Filter von den Bakterien befreiten Urin, diese alle starben und zwar boten sie denselben Sectionsbefund, wie die mit einer gewöhnlichen Bouilloncultur geimpften Controlthiere. Es geht aus diesen Versuchen hervor, dass das Bakterientoxin der Diphtherie nicht mit Nothwendigkeit von albuminoiden Stoffen abstammt. Es handelte sich weiter darum, festzustellen, ob dieses Toxin, das nicht aus Eiweissstoffen sich gebildet

hat, selbst ein Eiweiss ist. Es war mir unmöglich, in der Urincultur auch nur eine Spur von Eiweiss durch die gewöhnlichen Reactionen auf Eiweiss nachzuweisen, auch wenn ich mit einem Liter Urin arbeitete und dieses im Vacuum auf ein geringes Maass einengten.

J. BARATOUX.

83) **Redactionelle Notiz. Diphtherie-Verdauung. (Diphtheria digestion.)** *N. Y. Med. Record. 7. Mai 1892.*

Die Untersuchungen über die Pathologie der Diphtherie haben bereits einen erfreulichen Grad von Vollkommenheit erreicht. Die neuesten Untersuchungen in dieser Frage sind die von Dr. Sidney Martin in den Gulstonian Lectures publicirten zur chemischen Pathologie der Diphtherie. Diese Arbeiten liegen noch nicht vollständig vor, aber der bisher erschienene Theil enthält bereits Facten von grosser und practischer Bedeutung. So lehren M.'s Versuche, dass 1. der Diphtheriebacillus aus Proteiden Producte von chemisch derselben Natur bildet, wie man sie in dem Körper von an Diphtherie gestorbenen Personen gefunden hat, nämlich Albumosen und eine organische Säure. 2. Die von dem Bacillus auf künstlichem Nährboden gebildeten Albumosen haben, in einfachen wie in multiplen Dosen, dieselbe physiologische Wirkung, wie die in Diphtheritisfällen beim Menschen gefundenen. Diese Wirkung besteht in der Erzeugung von Fieber, Diarrhoe, Gewichtsverlust und in einer vorschreitenden Lähmung aller Muskeln bedingt durch eine Degeneration der peripheren Nerven. 3. Der Diphtheriebacillus ist das primäre infectiöse Agens. Dieser Organismus setzt ein Ferment in Freiheit, welches resorbirt wird und die Proteide des Körpers verdaut, wobei das die diphtherischen Symptome hervorrufende Gift entsteht. Die Diphtherie ist danach eigentlich eine Art Digestionsvorgang und Martin stellt folgende Digestionstabelle auf:

Primäres infectiöses Agens.	Secundäres infectiöses Agens.	Digestionsproducte.	
Diphtherie-bacillus.	Diphtherie-Ferment (Roux und Yersin's diphtheritisches Virus) in der Membran.	Dextero-Albumose Hetero-Albumose Proto-Albumose Organische Säure	In der Membran. Im Körper.

Dieser Digestionsprocess findet nicht statt in der Membran im Halse, auch ist nach Martin die Membran nicht die einzige Quelle der diphtheritischen Producte. Die Diphtherie-Digestion scheint in ausgedehnter Weise in der Milz vor sich zu gehen.

LEFFERTS.

84) **J. E. Jones. Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 30. Juli 1892.*

Nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

85) **Moll. Ueber Diphtheritis. (Over diphtheritis.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Januarsitzung der Med. Gesellschaft von Arnheim hält M. einen Vortrag über Diphtheritis. Nach einer kurzen historischen Uebersicht bespricht er ausführlich die pathol. Anatomie, die verschiedenen pathologisch-histologischen und bakteriologischen Untersuchungen, das sehr divergente klinische Bild, wobei er nachweist, dass der wahre Croup nichts anderes ist als Diphtheritis und keine selbstständige Krankheit; zum Schluss giebt er eine Uebersicht über die neuesten Behandlungsweisen. BAYER.

86) **Schweighofer** (Graz). **Ueber Secundär-Infection bei Diphtherie.** Verein der Aerzte in Steiermark. Sitzung vom 18. Juni 1892. — *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 34.*

Die Pneumonien, Otitiden und die Septicämie werden durch den Streptococcus verursacht; die Schwellung der Lymphdrüsen wird durch die Protein-Substanzen des Bacillus der Diphtherie erzeugt. Protein-Injectionen können die Impfdiphtherie manchmal coupiren. CHIARI.

87) **Szegö** (Budapest). **Beiträge zur Polymorphie der Rachendiphtherie.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXIV. 2. 3. 1892.*

Unter 102 Zöglingen eines Mädchenwaisenhauses trat eine Diphtherie-Epidemie auf, welche sehr rasch sich ausbreitete und etwa $^3/_5$ der Zöglinge befiel. Nach ihren Krankheitserscheinungen und ihrem Verlauf können die Fälle classificirt werden in solche, bei denen das Rachenbild schon anlässlich der ersten Untersuchung ausgesprochen membranöse Auflagerung zeigte, solche Fälle, welche als reine Folliculartonsillitis-Erkrankungen in Behandlung kamen und wo die diphtherisch-membranöse Auflagerung sich unter den Augen des Beobachters entwickelte, und solche Fälle, bei welchen das reine Bild der Tonsillitis follicularis bis zum Schlusse verblieb. SEIFERT.

88) **Redactionelle Notiz. Diphtheritis und Croup. (Diphtheria and croup.)** *Med. News. 23. Juli 1892.*

Wenn auch die Identität der beiden Processe, der Diphtherie und des Croups, vielleicht noch nicht absolut bewiesen ist, so giebt es doch zahlreiche Zeugnisse, klinische und andere, die für dieselbe sprechen. Doch theils aus Anhänglichkeit an die frühere Lehre, theils weil der letzte Beweis noch fehlt, besteht noch immer eine kleine Minorität, die an der Individualität beider Erkrankungen festhält. Eines der stringentesten klinischen Argumente für die Identität ist die Thatsache, dass in manchen grossen Hospitälern des Continents die Fälle von Croup und Diphtherie Bett bei Bett in denselben Sälen untergebracht und dass dabei die Croupkranken niemals inficirt werden; während es andererseits nicht selten sich ereignet, dass Diphtherie in Familien sich entwickelt, in denen ein offenbarer Fall von Croup vorgekommen ist.

Die fast allgemeine Annahme des Satzes von der Identität zwischen Croup

und Diphtherie ist gefördert worden durch die Tendenz, die Croupfälle so zu behandeln, als läge Diphtherie vor und durch die von den Gesundheitsämtern auch auf den Croup ausgedehnte Anzeigepflicht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

89) **W. A. Campbell. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Arch Pediatrics. Juli 1892.*

Der membranöse Croup ist eine lokale Erkrankung, charakterisirt durch die Bildung einer Pseudomembran an der Stelle der Infection.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

90) **Aussilloux. Croup und suffocative Laryngitis. (Croup et laryngite suffocante.)** *Revue gen. de Clinique. 20. Juli 1892.*

Verf. bespricht zwei Fälle, in denen die Kranken eine gewisse Zahl ganz gleicher Symptome darboten: die Zeichen der suffocativen Laryngitis, das Fehlen von Rachen- und Nasendiphtherie; dagegen erschien eine häutige Membran in dem einen Falle, in dem anderen nicht: also nach den von J. Simon aufgestellten Sätzen, der die Pseudomembran als ein charakteristisches, pathognomonisches Symptom anspricht, war die Kehlkopfdiptherie in dem ersten Falle wahrscheinlich, im zweiten wenig wahrscheinlich. Dabei lehrte der Verlauf der Fälle das gerade Gegentheil, da der erste Fall ohne Operation und ohne dass Pseudomembranen sich abstiessen, zur Heilung kam, während der zweite Fall operirt werden musste, wobei sich denn bei der Eröffnung der Trachea das Vorhandensein von Diphtherie ergab. Der Verf. kommt danach in Uebereinstimmung mit Michalski zu dem Schluss, dass die Differenzialdiagnose zwischen den einfachen Laryngitiden und dem Croup noch zu stellen ist. J. BARATOUX.

91) **G. Seibert. Ueber den lokalen Ursprung der Diphtherie und ihre lokale Behandlung. (Concerning the local origin of diphtheria and its local treatment.)** *Canadian Practitioner. 16. März 1892.*

Eine Antwort auf frühere Artikel, in der S. seine Methode vertheidigt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

92) **J. S. Benson. Ist die Diphtherie localen Ursprungs? (Is diphtheria of local origin?)** *Canadian Practitioner. 1. Februar 1892.*

B. sieht keinen Grund für die Annahme einer lokalen Infection und glaubt zuversichtlich, dass, wer die Diphtherie durch eine lokale Therapie mildern oder gar heilen will, dabei sehr schlecht fahren muss. Der einzige Weg, die Diphtherie zu behandeln, ist, so zu verfahren, wie bei jeder anderen fieberhaften Erkrankung: d. h. Unterstützung des algemeinen Gesundheitszustandes durch tonische Mittel (bes. Tct. ferri), gute Ernährung und ausgiebige Verwendung von Stimulantien. Beiläufig räumt B. der Seibert'schen Methode der submembranösen Injectionen von Chlorwasser eine Ausnahmestellung ein.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **Martindale. Ein Ueberblick über die Pathologie der Diphtherie mit besonderer Bezugnahme auf eine neue Behandlungsmethode, die sich auf eine 3jährige Erfahrung und einen in 25 Fällen erprobten Heilwerth stützt. (A review of the pathology of diphtheria with special reference to a new method of treatment based on the past three years' experience of its remedial value in 25 cases.)** *North Carolina Med. Journal. Juli 1892.*

Die Methode besteht in der Sättigung der Luft des Krankenzimmers mit einer Combination von Theer- und Terpenthindämpfen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **Guelpa. Zur Behandlung der Diphtherie. (Traitement de la diphthérie.)** *Soc. de Therapeutique. 27. Juli 1892.*

Unter 42 Fällen von Diphtherie, unter denen 32 Lokalisation im Rachen und 10 Kehlkopferscheinungen zeigten, 3 Todesfälle, davon 2 in Folge von Zufällen, die mit der im Ganzen 5mal ausgeführten Tracheotomie in Zusammenhang standen. In allen Fällen bestand die Behandlung in der Tag und Nacht durchgeführten häufigen Auswaschung des Halses mit einer Lösung von Eisenchlorid.

J. BARATOUX.

95) **Redactionelle Notiz. Die Behandlung der Diphtherie in Paris. (Treatment of diphtheria in Paris.)** *N. Y. Medical Record. 28. Mai 1892.*

Folgende Behandlungsmethode der Diphtherie bei Kindern wird zur Zeit sehr gerühmt.

Das Krankenzimmer wird mit Dämpfen erfüllt von folgender Lösung:

Acid. carbol. . .	60,0
Acid. salicyl. . .	12,0
Acid. benzoic. .	45,0
Alkohol . . .	120,0

1 Esslöffel in ein viertel Liter kochendes Wasser; dreistündlich zu erneuern.

Ferner zur lokalen Application:

Camphorae . . .	20,0
Ol. castorei. . .	16,0
Alkohol. . . .	12,0
Acid. carbol. . .	4,0
Acid. tartaric. . .	1,25

LEFFERTS.

96) **W. J. Greig. Die Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Canadian Practitioner. 16. Februar 1892.*

Ziel der Behandlung ist, die Kräfte des Pat. durch geeignete Ernährung und stimulirende Mittel zu unterstützen und die Production und Resorption des Giftes, das die Diphtheriebacillen bilden, sowie auch die Aufnahme anderer Arten von Bakterien zu verhüten. Letztere Indication wird durch lokale Application antiseptischer Mittel, unter denen das beste das Wasserstoffsuperoxyd ist, erfüllt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

97) **Moskowitz. Quecksilber-Inunctionen bei Diphtherie. (Mercurial inunctions in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 21. Mai 1892.*

Verf. berichtet über eine Anzahl von schwerer Diphtherie, die er mit Inunction von Quecksilbersalbe glücklich behandelt hat. Die Salbe wurde 2 mal am Tage eingerieben, der Hals danach mit Guttapercha und einer Flanellbinde bedeckt. Eine weitere Therapie wurde nicht installirt, abgesehen von einem Gurgelwasser, in ein paar Fällen; dagegen wurde viel Werth darauf gelegt, durch kräftige Nahrung und Stimulantien die Kräfte der Pat. zu erhalten. Zwischen 60 und 75 g der Salbe wurden während des Verlaufs der Behandlung verbraucht, ohne dass jemals Zeichen von Mercurialismus wahrgenommen wurden.

LEFFERTS.

98) **M. M. Latta. Behandlung der Diphtherie mit arsenigsaurem Kupfer. (Treatment of diphtheria with arsenite of copper.)** *Indiana Medical Journal. Juli 1892.*

Diese Therapie gründet sich auf die Anschauung, dass die Diphtherie eine Erkrankung des Ernährungstractus ist.

Ausser dem arsenigsauren Kupfer giebt L. noch Calomel in kleinen Dosen und häufige Inunctionen von Chinin. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **De Vrij. Ueber den Gebrauch von Choline bei Diphtheritis. (Over het gebruik van choline bij diphtheritis.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Maisitzung der Med. Gesellschaft von Haag spricht de V. über den Gebrauch von Choline bei Diphtherie und macht darauf aufmerksam, dass dieses Mittel manchmal Neurin enthält, das sehr giftige Eigenschaften hat; ausserdem zeigt er ein von ihm bereitetes Präparat von Borax chinovatus vor, indem er daran erinnert, dass früher Chinovasäure bei der indischen Dysenterie verschrieben wurde.

BAYER.

100) **Bakker. Calomel bei Croup und Diphtheritis. (Croup en diphtheritis met Calomel behandelt.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Februarsitzung der Harlemer Med. Gesellschaft theilt B. mit, dass er Croup und Diphtheritis mit Erfolg durch Calomel behandelt habe. BAYER.

101) **Pilière. Ein Behandlungsverfahren für Croup. (Sur un traitement du croup.)** *Acad. de méd. 8. Juni 1892.*

Verf. verordnet Einstäubungen in den Hals von einer Sublimatlösung von 1:500 bei Kindern über zwei Jahren und von 1: 1000 bei kleineren Kindern. Er hat niemals etwas von Quecksilbervergiftung gesehen. Die Pseudomembranen entfernt er mittelst eines mit einer Höllensteinlösung von 1 : 30 getränkten Wattebausches.

Von 98 diphtheritischen Kindern, die Verf. so behandelte, heilten 94; die Tracheotomie brauchte nur bei 6 Fällen ausgeführt werden, und von diesen starben zwei.

J. BARATOUX.

102) **E. W. Kellogg. Terpenthinöl als Mittel gegen Croup, mit einem Bericht über 15 Fälle. (Oleum Terebinthinae as a remedy for croup, with a report of 15 cases.)** *Med. and Surg. Reporter. 9. Juli 1892.*

8 Fälle kamen zur Heilung; in allen war der Croup secundär nach Diphtherie des Rachens eingetreten.

Das Mittel wird am besten in Milch gegeben, 1 Theelöffel voll 1-, 2-, 3-, oder 4stündlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

103) **G. R. M'Donagh. Die chirurgische Behandlung der Diphtherie. (Surgical treatment of diphtheria.)** *Canadian Practitioner. 16. Februar 1892.*

Verf. bespricht die Tracheotomie und die Intubation; seine Ausführungen bieten nichts besonders Erwähnenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

104) **Castelain. Die Spät-Tracheotomie beim Croup. (De la tracheotomie lative dans le croup.)** *Bulletin méd. du Nord. Mai u. Juni 1892.*

Welches ist der günstigste Augenblick zur Ausführung dieses operativen Eingriffes? Im Gegensatz zur Anschauung einer grossen Reihe von Aerzten glaubt Castelain, dass man nicht warten soll bis zum Auftreten der die zweite Periode des Croups charakterisirenden Symptome, dem Verlöschen von Stimme und Husten, den Suffocationsanfällen, dem permanenten Stridor und dem Verschwinden des vesiculären Athemgeräusches. Da Stridor und Verschwinden des Vesiculärathmens einen Maassstab für die Behinderung der Athmung abgeben, greift C. operativ ein, sobald er diese beiden Symptome constatirt. Nach seiner Meinung muss die Tracheotomie, sowohl um ihre wohlthätigen Folgen zu zeitigen, als auch um selbst weniger schwierig sich zu gestalten, zur rechten Zeit ausgeführt werden. Unter den Zufällen, die der Operation folgen können, hat man das Erysipel, dank dem heutigen Stande der Antisepsis, kaum mehr zu fürchten. Die diphtheritische Erkrankung der Wunde hat nicht immer schwere Folgen, die Blutungen aus grossen Gefässen sind nur sehr ausnahmsweise Vorkommnisse; Syncope und Asphyxie schliesslich kommen doch nur in sehr vorgeschrittenen Erkrankungsfällen vor. Auf der anderen Seite aber besteht darüber noch keine Sicherheit, ob nicht die Eröffnung des Kehlkopfs den Fortschritt der Pseudomembranen anzuregen vermag. J. BARATOUX.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

105) **A. Stuart. Der Modus des Kehlkopfschlusses. (Mode of closure of the larynx.)** *Journal of Physiology. Vol. XIII. p. 59.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

106) **Mac Intyre** (Glasgow). **Demonstrationen aus der Bakteriologie des Kehlkopfs. (Demonstration of the bacteriology of the larynx.)** *Glasgow medical Journal. August 1892.*

Demonstration in der Medico-Chirurg. Society. P. MC. BRIDE.

107) **Cavillier. Die Krankheiten des Kehlkopfs. Auszug aus dem medicinischen Handbuch von Debove. (Les maladies du larynx. Extrait du manuel de médecine de Debove.)** Paris 1892. Rueff édit.

Eine klassische Darlegung des gegenwärtigen Standes der Frage der akuten Laryngitiden, der chronisch catarrhalischen Kehlkopfentzündung, der Kehlkopftuberculose und -syphilis und des Kehlkopfcarcinoms. J. BARATOUX.

108) **Betz** (Heilbronn). **Zur Aetiologie und Behandlung des Larynxoedems.** *Allg. Wiener med. Zeitung. 1892. No. 34.* Abdruck aus: *Memorabilien 1892.*

Der Kranke, 55 Jahre alt, litt schon seit langem an Husten und seit einigen Wochen an starker Verschleimung, wurde plötzlich comatös und lag so durch 3 Tage, während dem Pilocarpineinspritzung immer eine leichte Besserung herbeiführte. Er athmete 24—27 mal in der Minute und hatte Lungenödem. B. giebt auch an, dass deutliches laryngostenotisches Geräusch bestand, aber das Laryngoscop konnte wegen Mundsperre nicht angewendet werden. Die Section zeigte Larynxödem und Verwachsung der seitlichen Strumalappen hinter der Trachea. Referent ist nach der Beschreibung nicht klar über den Fall; Lungenödem und agonales Larynxödem scheint ihm das Wahrscheinlichste. Vielleicht beschreibt B. den Fall noch eingehender. CHIARI.

109) **A. Rhu. Behandlung des acuten Kehlkopfoedems. (Treatment of acute oedema of the larynx.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 20. August 1892.*

Bericht über 3 Fälle. Verf. hält subcutane Injection von Pilocarpin für sehr nützlich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

110) **Langford W. Symes** (Kiltegan). **Eine Zahnextraction gefolgt von Cellulitis und Glottisoedem; Laryngotracheotomie. (Extraction of a teeth followed by cellulitis, oedema glottidis and Laryngotracheotomy.)** *Dublin Journal of Med. Scienc. August 1892.*

Die Ueberschrift enthält die Hauptdaten des Falles, der wahrscheinlich erysipelatöser Natur war, da sich eine Reihe ähnlicher Fälle ihm anschlossen. Auch der Rachen und die Nase nahmen an dem Oedem theil, doch ging die Sache glücklich aus. P. MC. BRIDE.

111) **Georg Avellis** (Frankfurt a. M.). **Bemerkungen über das acute primäre Larynxoedem mit besonderer Berücksichtigung des Jodoedems.** Aus Sanitäts-Rath Dr. Mor. Schmidt's Klinik. *Wiener med. Wochenschrift. 1892. No. 46 und 47.*

A. unterscheidet zweckmässig 3 Formen, nämlich das einfache, nicht infectiöse, benigne, das infectiöse, septische maligne Oedem (zwischen denen es aber Uebergangsformen giebt) und endlich das Erysipel.

Von den benignen führt er 4 Formen an nämlich das idiopathische, traumatische, angioneurotische und das toxische, welch' letzteres nur durch Jod bedingt ist. Er führt als Beispiele selbst beobachtete Fälle an und zwar einen idiopathischen, einen durch Verbrennung, einen durch eine Brotkruste bedingten an.

Dann werden aus der Literatur mehrere Fälle von Jodödem citirt und ein eigener, der gut ausging. Viele der anderen endeten letal.

Endlich spricht er auch die Ansicht aus, dass nach Analogie mit dem angioneurotischen Oedem auch das Jodkali wahrscheinlich durch Einwirkung auf die Nerven das Oedem erzeuge. Näheres ist im Originale nachzulesen.

CHIARI.

112) **Gillet. Behandlung der stridulösen Laryngitis. (Traitement de la laryngite striduleuse.)** *Annales de la polyclinique. 1892. Juli. p. 315.*

Der Erstickungsanfall bei der stridulösen Laryngitis ist abhängig in der Hauptsache von zwei Momenten: der Entzündung der Schleimhaut mit ihren Folgen, Schwellung und Anhäufung der Sekrete und der Steigerung der nervösen Reflexthätigkeit Diese beiden Ursachen geben die Indicationen für die Therapie. Zur Fortschaffung der Sekrete greift man zu den Brechmitteln: Ipecacuanha, Cruprum sulfur., Apomorphin. Dämpfe, Zerstäubungen und Einblasungen begünstigen ebenfalls die Herausbeförderung der Sekrete. Gegen die Entzündung sind gut heisse Umschläge, Senfteige. Das nervöse Element wird durch antispasmodische Mittel bekämpft; Brom, Opium, Belladonna, Chloral etc. haben ihren Werth.

J. BARATOUX.

113) **Oscar Samter. Ueber primäres Kehlkopferysipel** *Deutsche medicinische Wochenschr. 1892. No. 34.*

Ein 37jähriger Maler erkrankte plötzlich unter hohem Fieber mit Schlingbeschwerden, welche ihre Ursache in einer entzündlichen Affection der Epiglottis hatten.

Am 2. Tage trat hochgradige Athemnoth auf, welche die Tracheotomie bedingte. Eine Untersuchung des aus dem geschwollenen Schleimhautüberzuge der Epiglottis mit Pravaz'scher Spritze entnommenen Eiters ergab Streptococcen und Staphylococcen. Am ersten Abend nach der Operation trat Erysipel von der Tracheotomie-Wunde auf. Ausgang in Heilung.

LANDGRAF.

114) **Rübsamen** (Königsberg i. Pr.). **Ein Beitrag zur Kenntniss der Laryngitis hypoglottica chronica hypertrophica.** Inaug.-Dissert., Königsberg i. Pr. 1892.

In dem von Rübsamen mitgetheilten, aus der Klinik von Michelson stammenden Falle handelte es sich um eine 36jährige Frau, welche an hochgradiger Athemnoth litt, bei der Untersuchung fanden sich unterhalb beider Stimmbänder zwei gleichmässige Wülste, welche sich von vorne nach hinten zu allmählich verbreiterten und eine subchordale Stenose verursachten. Beweglichkeit der Stimmbänder nicht gestört. Tracheotomie. Versuche von der Tracheotomiewunde aus die Wulste galvanokaustisch zu zerstört.

SEIFERT.

115) **Moll. Ueber Pachydermie des Kehlkopfes. (Over pachydermia laryngis.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Novembersitzung der Arnheimer med. Gesellschaft 1891 stellt M. einen Kranken vor mit Pachydermie des Larynx; typischer Fall: Patient, 50 Jahre alt, kräftig, nicht luetisch seit einigen Monaten anzunehmender Heiserkeit leidend;

chron. Rachenkatarrh; im Larynx genau nach dem Virchow'schen Bilde am Proc. vocal. beiderseits symmetrische, längsovale wulstförmige Prominenzen; die linke davon zeigt eine Delle, die rechte einen Vorsprung, welcher bei der Phonation in die linke Delle hineinpasst. Eine leichte Verdickung des rechten Stimmbandes nach der Mitte hin verhindert den Glottisverschluss vollkommen zu sein. M. erklärt die Delle nicht nach Virchow, sondern nach Fränkel und hebt bei Besprechung der Differential-Diagnose hervor, dass da wo die Pachydermie einseitig vorkommt, oder wo sich eine Delle gebildet hat, es schwierig sein kann, Carcinom auszuschliessen. Alsdann wird die Zeit Sicherheit bringen; im Falle von Carcinom werden bald Motilitätsstörungen etc. entstehen, wärend die Pachydermie längere Zeit unverändert bleiben kann. M. wird den Kranken mit Electrolyse behandeln, will aber erst einen Versuch machen mit dem von Scheinmann empfohlenen Acid. acet. (Autoreferat.)

116) **H. C. Chisholm. Eine Ulceration in Rachen und Kehlkopf. (A pharyngolaryngeal ulceration.)** *Journal Ophthalm., Otol. and Laryngol. Juli 1892.*

Wahrscheinlich tuberculäser Natur. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

117) **Walker Downie** (Glasgow). **Präparat von Tuberculose des Kehlkopfs. (Specimen of tuberculosis of larynx.)** *Glasgow Medical Journal. December 1892.*

Nichts von Bedeutung. P. MC. BRIDE.

118) **C. P. Grayson. Allgemeine Tuberculose der Athemwege — Lungen, Kehlkopf und Nase. (General respiratory tuberculosis — pulmonary, laryngeal, nasal.)** *Medical News. 13. August 1892.*

Das Interesse des Falles liegt namentlich in der Therapie, die Verf. wählte; nämlich locale Application einer Quecksilberchloridlösung von 1 : 500 auf den Larynx und die Nasenscheidewand (wo Ulcera bestanden). Der Erfolg war ein recht befriedigender. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

119) **A. J. Erwin. Kehlkopftuberkel und Tuberculin. (Laryngeal tubercle and tuberculine.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 15. October 1892.*

Verf. berichtet über den Verlauf von 7 Fällen und zieht folgende Schlüsse:

1. Das Tuberculin heilt manche Fälle von tuberculöser Laryngitis und hemmt im allgemeinen ihren Fortschritt.
2. Die Behandlung muss viel länger fortgesetzt werden, als dies gewöhnlich geschieht, um eine Heilung zu erzielen.
3. Im Falle eines Recidivs soll die Therapie von neuem eingeleitet werden.
4. Nur in den früheren Stadien der Tuberculose vermag die Tuberculinbehandlung Erfolg zu haben.
5. Der Kehlkopftuberkel ist der Tuberculinbehandlung weniger willfährig als der Lungentuberkel. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **Eugen Kraus** (Paris). **Die tuberculösen Kehlkopfstenosen und ihre Behandlung.** *Allg. Wiener med. Zeitung. 1892. No. 29, 30, 31 und 32.*

Nach kurzer Einleitung über die bekannte Wechselwirkung zwischen Stenose

und Tuberculose der Lungen betont er, dass diese Stenosen meist chronisch verlaufen und bespricht die Therapie, ohne Neues zu bringen. Er lobt die Tracheotomie, wenn sie nicht zu spät vorgenommen wird und die lokale chirurgische Behandlung nach Heryng. CHIARI.

121) Cohen Tervaert. Ueber die Liebreich'sche Behandlung der Larynxtuberculose. (Over de Liebreich'sche behandeling van Larynxtuberculose.) *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. 1892.*

In der Märzsitzung der med. Gesellschaft vom Haag hält C. J. einen Vortrag über die Liebreich'sche Behandlung der Larynxtuberculose mit subcutanen Injectionen von Kali cantharid., welches er mit Erfolg angewandt haben will. In einem Fall hat er nach 14tägiger Behandlung kleine Ulcerationen an den Process. arytaenoid. und auf der Epiglottis genesen sehen; bei andern merkbare Besserung wahrgenommen. Es stellt zwei solcher Patienten vor. BAYER.

122) Schultze. Weitere Beiträge zur Kenntniss der cantharidinsauren Natrontherapie. *Münchner med. Wochenschr. No. 48. 1892.*

Behandelt wurden 21 Kranke und zwar 4 mit Tuberculose des Larynx, ein Fall mit Schleimhauttuberculose der Nase, 3 Tumoren des Larynx und 13 Fälle trocknen Catarrhes der Nase, des Nasenrachenraums, des Pharynx und Larynx. Die Erfolge waren total unbefriedigend, auch ist die Application schmerzhaft und folgte in $33^1/_3$ pCt. Albuminurie, selbst der nach der ersten Injectionen auftretende Feuchtigkeitsgehalt der Schleimhäute war nur von kurzer Dauer. SCHECH.

123) Gouguenheim. Secundäre syphilitische Laryngitis. (Laryngite syphilitique secondaire.) *Union méd. 4. August 1892.*

Die Epiglottis ist der häufigste Sitz des Plaques muqueuses, die gleichzeitig mit den Erscheinungen im Mund und Rachen zur Entwicklung kommen. In gewissen seltenen Fällen ist die Schleimhaut in ihrer ganzen Ausdehnung geschwollen. Therapie: Protojodür in der Dose von 5 cgr oder Liquor von Swieten; Pinselung der erkrankten Stellen mit einer Höllensteinlösung oder einer concentrirten Lösung von Kali chloricum. J. BARATOUX.

124) Gouguenheim. Tertiäre Laryngitis. (De la laryngite tertiaire.) *Union médical. 1892. No. 118 u. 119.*

Die tertiäre Syphilis kann im Kehlkopf in 2 Formen auftreten: in einer acuten Form von rapidem Verlauf und in einer chronischen Form. Die acute Form, mit Unrecht Frühform genannt, geht mit Oedem einher; sie ist nicht immer generalisirt, sie kann auch partiell sein. Die chronische Form ist die gewöhnlichere Erscheinungsform der tertiären syphilitischen Laryngitis; zumeist ist die Epiglottis befallen. Ausser diesen Läsionen kommen Gummata vor; auch kann Tuberculose sich dazugesellen. J. BARATOUX.

125) P. Koch. Fremdkörper im Kehlkopf. (Corps etranger du larynx.) *Ann. d. malad. de l'oreille et du larynx. Juli 1892.*

Verf. berichtet über einen Fall von Fremdkörper, (Kalbsknochen, eingeklemmt

zwischen den Stimmbändern) und schliesst eine allgemeine Betrachtung an über die nach der Tracheotomie behufs Extraction anzuwendenden Eingriffe.

E. J. MOURE.

126) **Bolle. Kaffeebohne durch Tracheotomie entfernt. (Een koffieboon door tracheotomie verwijderd.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der med. Gesellschaft von Seeland zeigt B. eine Kaffeebohne vor, welche er vermittelst der Tracheotomie aus der Luftröhre eines zweijährigen Kindes entfernt hatte; dieselbe hatte periodische Stickanfälle verursacht. Da die Bohne nach der Tracheotomie nicht zum Vorschein kam, so wurde am zweiten Tag in den rechten und linken Wundrand Fäden eingelegt, um die Wunde weit auseinander zuhalten und ein Listerischer Verband darüber gelegt. Am 4. Tag wird die Bohne im Verbande vorgefunden.

BAYER.

127) **X. Ein Fall von 9 Monate langem Verweilen eines Fremdkörpers (Austernschale) im Kehlkopf und Luftröhre. (Case of foreign body [oyster-shell] in the larynx and trachea for 9 months.)** *Omaha Clinic. Sept. 1892.*

Pat. hustete und warf aus, er magerte ab etc. Während der Vorbereitungen zur Tracheotomie erfolgte ein besonders starker Hustenanfall, in dem der Fremdkörper ausgeworfen wurde.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

128) **A. Barbian, Carral, W. A. Martin. Fremdkörper im Kehlkopf. (Foreign bodies in the larynx.)** *Occidental Med. Times. Nov. 1892.*

Krankengeschichten mehrerer Fälle, die ein besonderes Interesse nicht bieten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

129) **Hermann S. Biggs. Plötzlicher Tod verursacht durch die Einklemmung eines Bissens Fleisch im Kehlkopf. (Sudden death caused by the impaction of meat in the larynx.)** *N. Y. Med. Journ. 29. October 1892.*

Verf. beschreibt einen Fall, in dem der betreffende Mann beim Essen in einem Restaurant plötzlich bewusstlos wurde und starb.

LEFFERTS.

130) **H C. Cameron** (Glasgow). **Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the air passages.)** *Glasgow Med. Journ. Sept. 1892.*

Es liegt nur ein Resumé vor, die ausführliche Publication erfolgt an anderer Stelle. C. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Ausfluss aus der Nase bei einem Kinde, der lange Zeit andauert, wird stets durch einen Fremdkörper bedingt.
2. Einseitige schwere und progressive Erkrankung in der Brust bei jungen Kindern mit einer auf Beginn im frühesten Kindesalter hinweisenden Anamnese steht gewöhnlich mit Fremdkörpern im Zusammenhang.
3. Das Gleiche gilt von Erwachsenen, bei denen neben Einseitigkeit der Brustkrankheit in der Anamnese ein Erstickungsfall vorliegt.
4. Die Tracheotomie muss ausgeführt werden, wenn der Chirurg sich vom Vorhandensein eines Fremdkörpers überzeugen kann.

P. MC. BRIDE.

131) J. A. Wilson (Springburn). **Ein Fremdkörper fünf Monate lang in den Luftwegen. (Foreign body in the air passages for five months.)** *Glasgow Med. Journ. Juli 1892.*

Der Fremdkörper war eine kleine Blechpfeife. Er maass „an der Basis $1^1/_2$ Zoll“, im Durchmesser „$^3/_4$ Zoll“. Ich gebe absichtlich des Verf. Angaben wörtlich, da dieser Fremdkörper, wie W. annimmt, in der Trachea gesteckt hat und nur sehr geringe Beschwerden verursachte, bis er nach 5 Monaten ausgehustet wurde.

P. M'BRIDE.

132) F. J. Harris. **Ein Fremdkörper in der Trachea. (A foreign body in the trachea.)** *N. Y. Med. Journal. 17. Sept. 1892.*

Der Fremdkörper war ein Stück Fleisch, das mittelst der Zange entfernt wurde. Bemerkenswerth war, dass eine so grosse Masse so weit in die Trachea eindringen konnte, ohne noch tiefer inspirirt zu werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) Ast. **Fall eines Fremdkörpers in den Luftwegen.** *Münchner med. Wochenschrift. No. 34. 1892.*

Ein 4jähriges Kind hatte einen kleinen Stein verschluckt, worauf sich Erscheinungen von Seiten der Lunge, Schmerzen, Husten und Fieber (Pleuritis dextra) einstellten. Nachdem hochgradigste Dyspnoe dazugekommen war, wurde unter sofortiger Erleichterung das Steinchen ausgehustet. Die Untersuchung der Lunge ergab jetzt freien rechtsseitigen Pneumothorax; auch dieser verlor sich allmälig wieder sammt dem pleuritischen Exsudate. Offenbar war das Steinchen in den rechten Bronchus gerathen, hatte denselben mit Erzeugung einer Pleuritis perforirt und war auf diesem Wege wieder ausgestossen worden.

SCHECH.

134) Moll. **Fremdkörper in der Trachea. (Corpus alienum in de trachea.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der September-Sitzung der Arnheimer medicinischen Gesellschaft zeigte M. einen Pflaumenkern vor, welcher mit Ausnahme eines augenblicklichen Hustenanfalles einen Tag lang gar keine weiteren Erscheinungen darbot, dann aber eine so heftige Dyspnoe verursachte, dass die Tracheotomie vorgenommen werden musste. Nach Eröffnung der Trachea sah man nichts, erst beim Husten kam der Kern, welcher wahrscheinlich auf der Bifurcation aufgesessen, nach oben, wo er dann gefasst und extrahirt werden konnte. Genesung ohne Störungen.

BAYER.

135) Pflüger (Creglingen). **Fliegen als Fremdkörper in der Luftröhre.** *Medicin. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 31. 1892.*

Pfl. musste bei einem 3jährigen Knaben wegen hochgradiger diphtheritischer Larynxstenose die Tracheotomie machen und war bei dieser Operation nur auf die Instrumente seines Taschenetuis angewiesen. Als Canüle benutzte er einen männlichen silbernen Catheter. Dieser verstopfte sich mehrmals. Als Respirationshinderniss fanden sich bei der Herausnahme des Instrumentes todte Fliegen, welche sich in das Fenster des Catheters eingeklemmt hatten. Pfl. nimmt an, dass die in dem betr. Zimmer in einer auch für ländliche Verhältnisse ungewöhn-

lichen Menge vorhandenen Fliegen dem lange Zeit im tiefsten Coma daliegenden Kinde in den Mund und weiterhin in den Kehlkopf und in die Luftröhre gelangt sind. SEIFERT.

136) **Castex. Die syphilitische Trachealstenose. (Le retrécissement syphilitique de la trachée.)** *France méd. 2. Sept. 1892.*

Die syphilitischen Verengerungen der Luftröhre sitzen mit Vorliebe an ihrem unteren Ende. Sie entstehen aus ulcerirten Gummigeschwülsten; es bildet sich ein Narbengewebe, das die Verengerungen in verschiedener Richtung herbeiführt. Macht sich die Verengerung horizontal geltend, so wird das Caliber der Trachea beengt. Sitzen die Verengerungen aber in verticaler Richtung, so zeigen sie sich als Wülste, ähnlich den Trabekeln des Herzens, an den Wänden der Trachea. In Folge der Strictur bildet sich ganz allmälig eine Erweiterung oberhalb und unterhalb der engen Stelle aus; die erstere eine Folge der durch die auf ein Hinderniss stossende Athemluft hervorgebrachten Spannung; die untere bedingt durch die Spannung der Exspirationsluft, die nicht frei entweichen kann. Die Symptome äussern sich als Bronchitis mit der Empfindung des Gewürgt-Werdens; die Inspiration ist pfeifend; man hört einen Stridor. Die Trachea fühlt sich hart an; sie ist weniger beweglich. Bei der Auscultation hört man den Stridor, ferner Rhonchi. Die Diagnose stützt sich auf den zusammenziehenden Schmerz in der Trachea, auf die Intensität des Stridors, den man mit trachealem Rasseln oder einem Keuchen bei Schwellung des Gaumensegels gar nicht verwechseln kann, endlich auf den Tiefstand des Kehlkopfs. Therapeutisch kommen Einstäubungen mit Liquor van Swieten in Betracht. Schrötter erweitert diese Stricturen zuerst mit dem Galvanocauter und dilatirt sie dann mittelst Hohlsonden.

J. BARATOUX.

137) **Lazarus. Strictur der Trachea.** *Münchner medicin. Wochenschrift. No. 48. 1892.*

Luetische Narbenstrictur der Trachea, unter dem Sternum hyperplastische schwarzgefärbte Drüsen, alte pleuritische Adhäsionen links oben, frische multiple Pneumonie bei einem 51jährigen Manne, der einmal eine Gonorrhoe gehabt hatte und an Dyspnoe gestorben war. SCHECH.

138) **Avellis. Tracheapolyp.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7. 1892.*

Aufzählung der bisher beobachteten Fälle und Mittheilung eines selbst gesehenen; der letztere betraf einen 50jährigen Mann mit colossaler Struma und linksseitiger Recurrenslähmung. Tod an lobärer Pneumonie; bei der Section fand sich am 7. und 8. Trachealring ein von oben nach unten sich zuspitzender Polyp.

SCHECH.

139) **Mich. Grossmann. Entgegnung auf die Arbeit Einthoven's: „Ueber die Wirkung der Bronchialmuskeln, nach einer neuen Methode untersucht, und über Asthma nervosum."** *Pflüger's Archiv. XXII. Heft 11. 1892.*

G. weist Einthoven's Vorwurf, er habe den Einfluss der Vagusreizung auf die Bronchialmuskeln und die Bedeutung des Blutdrucks auf den Athemdruck überschätzt, eingehend und energisch zurück. A. ROSENBERG.

f. Schilddrüse.

140) **Christiani** (Genf). **Untersuchungen an der Schilddrüse der Ratte. (Recherche sur le corps thyroide du rate.)** *Revue méd. de la Suisse romande. H. 11. 1892.*

Bis jetzt ertrugen das Kaninchen und die Ratte scheinbar die Ausrottung der Schilddrüse. Es wurde jedoch gezeigt, dass das Kaninchen tiefer am Halse zwei kleine Drüschen besitzt, welche nicht der Schilddrüse gleichartig sind, sondern embryonalen Charakter haben, aber die Schilddrüse ersetzen.

Von der Ratte hingegen stellt es sich heraus, dass sie nur ausnahmsweise die Kropfexstirpation überlebt, obschon sie jene Drüschen auch, aber in der Schilddrüse selbst eingebettet, besitzt. Das Ueberleben der Operation bei der Ratte wird nur durch zerstreute accessorische kleine eigentliche Schilddrüsen bedingt. Wird die herausgeschnittene Schilddrüse in die Bauchhöhle verpflanzt stirbt die Ratte nicht. Also Wiederholung der Experimente von Schiff. Die Arbeit ist ausführlich im Januarheft 1893 des Archivs für Physiologie erschienen.

JONQUIÈRE.

141) **A. Primrose. Eine Kropfgeschwulst bei einem Dachshunde. (Goitre in a terrier dog)** *Canadian Practitioner. 16. Februar 1892.*

P. demonstrirte das betreffende Präparat in der Pathologischen Gesellschaft zu Toronto.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

142) **Bolle. Demonstration eines vergrösserten und cystös entarteten rechten Thyroidlappens. (B. demonstrurde de vergroote en cystens outaarde rechterlob van de Gland. thyroid.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Medicinischen Gesellschaft von Seeland demonstrirt B. einen vergrösserten, cystös entarteten rechten Thyroidlappen, welchen er einem stämmigen 20jährigen Burschen entfernt hatte. Aus Furcht vor Cretinismus wird der kleine gesunde linke Lappen liegen gelassen; Wundverlauf kurz vor der Heilung gestört durch den Contact mit einer gangränösen Phlegmone; heftiges Erysipel; croupöse Pneumonie; hämorrhagische Nephritis und Senkungsabscesse. Schliesslich doch noch Heilung.

BAYER.

143) **Aldehoff. Blutung in eine Struma cystica.** *Deutsche medic. Wochenschr. 1892. No. 30.*

23jähriger Tagelöhner, der von einer Anschwellung an seinem Halse nie etwas bemerkt hatte, bekam beim Anziehen einer Jacke plötzlich ein Spannungsgefühl in der rechten Halsseite, Schwindel, Uebelkeit, und wurde ohnmächtig. Nach dem Erwachen bemerkte er Anschwellung der rechten Halsseite, welche rasch zunahm, so dass Patient zur Tracheotomie in die Klinik geschickt wurde. Man fand hier eine Geschwulst, an der rechten unteren Halsseite begrenzt nach

oben durch die Horizontale der Incis. thyreoidea, nach unten durch Clavicula, nach rechts durch den hinteren Rand des Sterno-cleido-mastoideus, nach links durch den vorderen Rand des hinteren Sterno-cleido-mastoideus. Haut darüber nicht auffällig geröthet, Anschwellung ist unverschieblich, dieselbe pulsirt, Stimme heiser, Schluckversuche lösen Hustenanfälle aus. Temperatur 38,4. Probepunction ergiebt dunkles venöses Blut und Cholestearinkrystalle. Innerhalb 3 Wochen gehen alle Erscheinungen zurück, es bleibt Heiserkeit, die auf rechtsseitiger Recurrenslähmung beruht und ein gänseeigrosser Tumor, der sich mit dem Larynx bewegt. 1 Monat später war der laryngoskopische Befund derselbe, jetzt bläht sich aber bei Hustenstössen die ganze rechte Halsseite ballonartig auf. Wie diese Erscheinung zu Stande komme, wie sie mit der angenommenen Struma cystica in Connex stehe ist nicht näher zu erklären versucht.

LANDGRAF.

144) **Joffroy. Die Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Traitement du goitre exophthalmique.)** *Union méd. 1892. No. 55 u. 57.*

Die Digitalis kann von Nutzen sein, abgesehen ganz von organischer Erkrankung des Herzens, wenn die Tachycardie sich derart steigert, dass eine wirkliche Asystolie zu stande kommt mit Oedem der unteren Extremitäten, Congestion nach den Lungen etc.

Strophantus beruhigt die Tachycardie in wirksamer Weise.

Belladonna ist oft unzuverlässig.

Bromkali setzt die Reizbarkeit herab.

Chinin ist kaum zu verwerthen, ausser wo die Temperatur gesteigert ist.

Antipyrin verdient vielleicht noch den Vorzug vor Chinin.

Eisen kann ziemlich gute Wirkungen auf den Allgemeinzustand äussern, wenn die digestiven Functionen intact sind.

Ein Milchregime ist nützlich in Fällen von Anaemie, wenn das Eisen schlecht vertragen wird.

Die Hydrotherapie bekämpft erfolgreich die Reizbarkeit und Anaemie. In England giebt man öfters eine Eisblase auf das Herz oder die Schilddrüse.

Die electrische Behandlung hat Heilungen und erhebliche Besserungen herbeigeführt. Vigouroux electrisirt mit dem faradischen Strom Augen, Brust, Schilddrüse und Hals in der Gegend der grossen Gefäss- und Nervenstämme, ferner die Regio praecordialis.

Luton hat interstitielle Jodeinspritzungen empfohlen. Die Quantität der Jodtinctur, die man injiciren soll, wechselt von 0,5 bis 2,0 g. Diese Injectionen können zu mancherlei Complicationen führen.

Die chirurgische Therapie ist sicherlich in zahlreichen Fällen eingeleitet worden, ohne dass die wahre Natur der Kropfgeschwulst festgestellt war. Entfernt man die ganze Drüse, so liegt die Gefahr des Myxoedems vor. Reverdin wählt deshalb die Enucleation, um alle üblen Folgen zu vermeiden.

J. BARATOUX.

145) **Wette** (Jena). **Beitrag zur Symptomatologie und chirurgischen Behandlung des Kropfes, sowie über die Abhängigkeit des Morbus Basedowii vom Kropfe.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 44. Bd. 3. H. 1892.*

In der Zeit vom Juli 1882 bis November 1891 wurden von Riedel 92 Kröpfe operirt, über welche W. berichtet. W. bespricht der Reihe nach die Kropfsymptome von Seiten des Herzens und des Circulationsapparates, von Seiten des Athmungsapparates (Strumen mit Form- und Lageveränderungen der Trachea, substernale Strumen, Strumen die in ihrem Symptomencomplex abhängig sind von sexuellen Vorgängen bei Frauen), dann die Symptome von Seiten des Kehlkopfes und der Speiseröhre, und einen Fall von einseitiger Sympathicuslähmung. Daran schliesst sich an die Besprechung der chirurgischen Behandlung des Kropfes, die Endresultate derselben und die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii im Anschluss an 3 von Riedel operirte und aus der Literatur gesammelte Fälle.

SEIFERT.

146) **Leflaire. Die Chirurgie der Basedow'schen Krankheit. (Le goitre exophthalmique chirurgicale.)** *Bulletin medical. 1. Juni 1892.*

Wenn man in einer ganzen Anzahl von Fällen durch chirurgische Einflüsse Erfolge erzielt, so darf man nicht vergessen, dass die Basedow'sche Krankheit auch oft spontan oder in Folge der verschiedenartigsten Behandlungsmethoden heilt. Diese Kranken sind, wie alle Neuropathiker, den Einwirkungen der Suggestion gegenüber sehr empfindlich und sie kann wohl manchmal eine entscheidende Rolle spielen, welche man dann natürlich versucht ist, der Operation selbst auf Rechnung zu setzen. Eine Beobachtung von Prengrueber ist gerade für diesen Punkt sehr lehrreich: Eine nervöse Frau, der Suggestion sehr zugänglich, erkrankt mit einer Schwellung der Schilddrüse, Herzpalpitationen und Engigkeit; sie will auf jeden Fall ihren Kropf entfernt haben. Nachdem alles wie zur Operation gerichtet ist, wird die Frau eingeschläfert. Darauf legt man sofort einen grossen Verband an und weckt die Frau; man erzählt ihr, wie mühsam die Operation war, dass aber schliesslich alles gut ging. Die Pat. fühlt sich besser. Nach 8 Tagen wird der Pseudoverband entfernt; der Kropf, die Herzstörungen, die Erstickungsanfälle sind verschwunden und die Kranke kann ihren schweren Beruf als Wäscherin wieder erfüllen.

Unter dieser Reserve erscheint der chirurgische Eingriff indicirt in gewissen Fällen von Basedow'scher Krankheit, über deren Häufigkeit erst die Zukunft Aufschluss geben muss. Da dieser Eingriff oft ein schwerer ist, wie man nach den vorliegenden Angaben noch immer sagen muss, so reservire man ihn für die Fälle, bei denen wirklich eine Veränderung chirurgischer Art vorzuliegen scheint, und greife auch in diesen Fällen erst dann zum Messer, wenn alle andern Mittel fehlgeschlagen haben. Die Wahl des Operationsverfahrens hängt von der Besonderheit des Falles ab. Die Exstirpation erscheint rationeller, wenn es sich um einen alten und cystischen Kropf, um ein Neoplasma handelt; es ist angebracht, die Exstirpation, wo möglich, nicht zu einer totalen zu gestalten. Die Ligatur

ist am besten für die Fälle zu reserviren, in denen kein primärer Tumor da ist, wenn diese Fälle übarhaupt eine Operation gerechtfertigt erscheinen lassen.

J. BARATOUX.

147) **Ernst Winckler** (Bremen). **Zur Beantwortung der Frage: Wann können intranasale Eingriffe beim Morbus Basedowii gerechtfertigt sein?** *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 40—44.*

Nach kurzer Besprechung der Hauptsymptome und der vielen begleitenden Erscheinungen bringt W. die Definition Eulenburg's nach der der M. B. wesentlich als ein allgemeiner nervöser Erschöpfungszustand mit bestimmten Lokalisationen aufzufassen ist. Ursachen können sein alle das Nervensystem erschöpfenden Momente, darunter auch Nasenleiden, da ja die Nase Sitz vieler Erkrankungen ist, die die Athmung, Ernährung und Nerventhätigkeit stören und so häufig Kopfschmerzen, Neuralgien etc. veranlassen. Hopmann, Hack, B. Fränkel und Musehold heilten 4 Fälle ganz oder nahezu durch Behandlung von Nasenleiden und halten ihre Fälle für Reflexneurosen des Sympathicus von der Nase ausgehend. W. dagegen betont zunächst, dass Schwellung der Orbital- und Schilddrüsenvenen durch Stauungen der Nasenvenen, und Beschleunigung der Herzthätigkeit durch Behinderung der Nasenathmung bedingt sein kann, ohne dass M. Basedowii vorliegt; doch eigentlicher M. Based. scheint ihm sehr selten von Nasenerkrankungen herzurühren. Nach ihm sind daher intranasale Eingriffe bei wirklichem M. Based. nur dann angezeigt, wenn hochgradige Obstruction der Nase oder Erkrankung der Nebenhöhlen besteht; geringfügigere Veränderungen der Nase sind nur mit milden Mitteln zu behandeln oder ganz zu belassen, da intranasale Eingriffe die ohnedies sehr erschöpften Nerven der an M. Based. leidenden Kranken sehr angreifen. Die Details müssen im Originale nachgelesen werden.

CHIARI.

g. Oesophagus.

148) **A L. Benedict. Entfernung eines Knochenstücks aus dem Oesophagus durch den Rachen. (Removal of a fragment of bone from the oesophagus through the pharynx.)** *Med. and Surg. Reporter. 8. October 1892.*

Bericht über einen Fall; ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

149) **v. Hacker** (Wien). **Zur Statistik und Prognose der Verätzungen des Oesophagus und der im Gefolge derselben entstehenden Stricturen.** Beiträge zur Chirurgie. Festschr. f. Billroth. 1892.

Unter 270 Oesophaguskranken, welche in 10 Jahren im Ambulatorium der Klinik Billroth beobahtet wurden, waren 47 Fälle (18 Männer, 29 Weiber) als Verätzungsstrikturen eingetragen. In Wien kommt zu solchen absichtlichen oder

unabsichtlichen Verätzungen in erster Linie in Betracht die Natronlauge (in Form der künstlichen Laugenessenz, demnächst kommt die Schwefelsäure). Etwa $^1/_3$ der in die Krankenhäuser gebrachten derartig Verletzten stirbt an den direkten Folgen der Vergiftung. In Bezug auf die Verätzungsstrikturen bemerkt v. H., dass durch Oesophagotomie oder Gastrotomie sicher noch eine Reihe von Fällen gerettet werden, welche ohne solche sterben würden.

Von den die Laugenvergiftung Ueberlebenden bekommt mehr als die Hälfte schwere Strikturen, die übrigen leichtere oder keine, nach Schwefelsäurevergiftung bekommt von den Ueberlebenden mehr als ein Drittel schwere Verengerungen, der Rest entweder leichtere oder keine. SEIFERT.

150) **Adriani. Spastische Oesophaguscontractur. (Spastische contractur van den oesophagus.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

Vorgetragen in der med. Gesellschaft von Zütfen. Alle Nahrungsmittel wurden ausgebrochen; starke Abmagerung. Beim Sondiren glückte es nach Ueberwindung einigen Widerstandes in den Magen zu kommen, worauf Patient flüssige Nahrung zu sich nehmen und bei sich behalten kann. BAYER.

151) **D. S. Campbell. Klinische Beobachtungen und Erfolge von der Wirkung der Electrolyse bei Oesophagusstricturen. (Clinical observations and results of electrolytic action in oesophageal strictures.)** *N. Y. Medical Journal. 9. Juli 1892.*

„Wenn wir die vortrefflichen Resultate uns vergegenwärtigen, die die electrolytische Behandlüng in diesen Fällen ergab, ursprünglich bei einfach entzündlichen Affectionen, später auch bei narbigen Zuständen und anderen Ablagerungen entzündlicher Producte nicht maligner Natur, dann müssen wir anerkennen, dass die Sicherheit, Schnelligkeit und Zuverlässigkeit dieser Therapie durch keine andere übertroffen wird.“ W. J. SWIFT (LEFFERTS).

152) **Rosenheim. Dilatationssonden zur Behandlung von Stricturen des Oesophagus.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 32.*

Demonstration von nach dem Princip von Crawcour hergestellten Sonden, deren biegsamer 44 cm langen Theil aus gewalztem in Spiralen geschnittenem Blech hergestellt ist.

Instrumentenmacher Windler, Dorotheenstrasse 3. LANDGRAF.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Joh. Schnitzler. Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie, nebst Anleitung zur Diagnose und Therapie der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre, der Nase und des Nasenrachenraumes,** Wien 1891. Wilh. Braumüller. Lief. I u. II.

b) **Robert Krieg. Atlas der Kehlkopfkrankheiten.** Stuttgart 1892. Ferdin. Enke.

Ueber den Nutzen und die Bedeutung der Atlanten in den klinischen Fächern sind die Meinungen von jeher getheilt gewesen — auch nur wenige Gebiete der klinischen Beobachtung sind einer bildlichen Darstellung zugänglich. Am geeignetsten erscheinen mir hierzu die Hautkrankheiten, eine Thatsache, in der die grosse Zahl der Atlanten aus diesem Gebiete auch ihre Erklärung findet, zu den weniger geeigneten gehören ohne Zweifel die Krankheiten des Kehlkopfes, bei denen unbedeutende Differenzen des Niveaus und der Farbe, sowie verhältnissmässig geringe Behinderungen der Beweglichkeit so häufig von ausschlaggebender Bedeutung sind.

Trotzdem aber wird jeder Laryngologe oftmals den Wunsch empfunden haben, bei der Beobachtung eigenartiger und seltener Fälle sich eine Abbildung zu entwerfen, theils um für sich selbst die Eigenarten des Falles besser im Gedächtnisse festzuhalten, theils um die Abbildung gelegentlich für Unterrichtszwecke zu verwenden. Auf diese Weise sind allmälig in den Händen erfahrener und Specialisten beschäftigter Privat-Atlanten, wenn ich sie so nennen darf, entstanden, die mit der Zeit das ganze Gebiet umfassten und dann wohl geeignet waren, ihren Autor zur Veröffentlichung anzuregen. Referent kennt eine ganze Reihe solcher z. Th. sehr vortrefflicher und vollständiger Sammlungen von Kehlkopfbildern.

Wenn wir uns nun umsehen, was bisher in der Literatur publicirt, so erstaunen wir über die geringe Menge desselben — am auffallendsten ist das Factum, dass die grosse Mehrzahl deutschen Autoren seine Entstehung verdankt. Von französischen Werken sind mir nur die wenigen Tafeln von Mandl, die Tafeln in dem Werke von Fauvel und von englischen die am Schlusse des Lennox Browne'schen Lehrbuches angehängten Farbentafeln bekannt. Diese Tafeln sind sämmtlich nur Illustrationen zu ausführlichen Lehrbüchern, die Lennox Browne'schen nehmen noch in sofern eine besondere Stellung ein, als in denselben die Farbe mehr skizzenhaft behandelt und die ganzen Bilder im wesentlichen gleichmässig getönt sind.

Von deutschen Autoren besitzen wir den Atlas von Ludwig Türck, von Bruns und von Burow, denen sich nun neuestens die Atlanten von Schnitzler und von Krieg anreihen. Auch die Atlanten von Türck und Bruns sind nur als Anhängsel zu ihren Lehrbüchern veröffentlicht, Burow war der erste, der für sich allein einen Atlas herausgab.

Von allen diesen Atlanten haben sich die neuesten, der Schnitzler'sche und der Krieg'sche die weitesten Grenzen gesteckt — sie sind am umfangreichsten und am vollständigsten, so weit man das von dem Schnitzler'schen Atlas, von dem vorläufig erst zwei Lieferungen erschienen sind, sagen kann.

In der Anlage unterscheiden sich beide Werke nicht unwesentlich. Beide sind freilich vorwiegend zum Unterricht bestimmt, beide geben das Resultat langjähriger, auf breitester Basis beruhender Erfahrungen ihrer Autoren. Man braucht aber nur flüchtig zu blättern, um sofort den grossen Unterschied sich klar zu machen. Der Schnitzler'sche Atlas ist, wenn ich so sagen darf, ein Product der bisherigen Schule, speciell der Wiener, der Krieg'sche eine von der Schule losgelöste ganz individuelle und individualisirende Arbeit. Vorangeschickt wird bei Schnitzler, wie bei Türck, bei Bruns, bei Burow eine Anleitung zur Untersuchung etc. etc. Dann folgen die Abbildungen, alle etwas schematisirt, wenn auch deutlich den Stempel des Einzelfalles tragend. So erscheint der Schnitzler'sche Atlas gewissermassen als ein Ausbau, eine Fortsetzung des Türck'schen; es sind dieselben Vorzüge, die ihn auszeichnen. Es sind dielben academisch vortrefflichen Zeichnungen, mit derselben Feinheit der Ausführung, derselben Correctheit der Zeichnung und derselben Discretion in der Farbengebung, wie wir sie bei Türck kennen. Es ist eben auch dieselbe Zeichen- und Malschule, die Schule des kundigen Elfinger und Heitzmann, der diese Zeichnungen ihre Entstehung verdanken. Besonders bemerkbar macht sich die häufig schulmässige, von der Wirklichkeit etwas abweichende Vortragsweise in der Behandlung der Leichenstücke, z. B. Tafel V. Figur 5 und 6, Tafel VI. Figur 5, Tafel VII. Figur 3 etc. Diese gelbrothe Farbe mit ihren feinen Nuancen gehört dem lebenden, von Gas- oder Petroleumlicht beleuchteten Kehlkopfbilde an, nicht dem Leichenpräparate. Die beiden ersten der citirten Bilder sind dem Türck'schen Atlas entnommen und nach ihnen haben sich jedenfalls die anderen gerichtet.

Einen ganz anderen Eindruck in Farbe und Vortragsweise macht das Werk von Krieg. Man kommt bei der Betrachtung desselben zu einem eigenartigen Widerspruch mit der eigenen Empfindung. Obwohl man manches namentlich an der Farbe auszusetzen hat (man kann als Beispiel fast jede einzelne Abbildung citiren, sogleich die erste auf Tafel I.), so erscheinen die Abbildungen doch so durchaus lebenswahr und individuell, dass man den Eindruck hat, das sind einzelne dem Leben nachgezeichnete und nachgemalte Fälle. Hier ist der Arzt gleichzeitig der Maler gewesen und neben dem medicinischen Interesse hat kein künstlerisches gewaltet. Was die Bilder dadurch vielleicht an künstlerischer Schönheit verlieren, haben sie an Lebenstreue und Charakteristik gewonnen. Der Farbe ist im Allgemeinen zu viel blaugrau beigemengt, ich möchte nicht entscheiden, ob das die Schuld des Malers oder des Druckers ist. Um den Unterschied mit dem Schnitzler'schen Atlas zu veranschaulichen, vergleiche man wiederum die Abbildungen der Leichenstücke, z. B. Tafel XIV. Figur 6 u. A.

Nun zu dem Inhalt. Wie schon erwähnt, schickt Schnitzler seinem Atlas eine ganz kurze Anleitung zur Untersuchung, Diagnostik und Therapie voran, welche den Herren M. Hajek und A. Schnitzler jun. ihre Entstehung verdankt.

Wie selbstverständlich bei so gut geschulten und so unterrichtgewandten Autoren ist die Darstellung richtig und dem Zweck entsprechend kurz und knapp. Ob aber nicht zu knapp? Ich möchte von so kurz gefassten Anleitungen in der heutigen Zeit nicht viel erwarten. Zum Selbstunterricht sind sie doch wohl nicht ausreichend und beim klinischen Unterricht nicht von nöthen. Ob sie einem alten practischen Arzte zur Recapitulation dienen können, möchte ich unentschieden lassen. Die der Anleitung eingestreuten Zeicknungen sind präcis, klar und anschaulich.

Auf Tafel I. stellt Schnitzler in 8 Abbildungen theils normale, theils in ihrer Blutfülle abnorme Kehlkopfe dar. Vortrefflich und den entsprechenden Krieg'schen Abbildungen bei weitem überlegen sind die Bilder des anämischen Kehlkopfes No. 7 und 8, namentlich das erstere. Tafel II. giebt acute und subacute Katarrhe, Tafel III. entzündliche Processe der Kehlkopfschleimhaut, Oedem und Abscessbildung. Sehr auffällig ist das Bild, Tafel III. Figur 7, darstellend ein sehr starkes Oedem der Interarytenoidschleimhaut und des Kehldeckelwulstes, veranlasst dusch Stauung. Ich erinnere mich nicht ein Analogon zu diesem interessanten Falle gesehen zu haben. Tafel IV. bringt chronisch entzündliche Processse, namentlich Stimmbandknoten und in einem trefflichen Bilde (No. 8) Pachydermie zur Darstellung. Tafel V. und VI. giebt Bilder von Perichondritis, Tafel VII. und VIII. Fälle von Sklerose des Larynx und der Trachea. — Weiteres ist noch nicht erschienen.

Krieg verzichtet — und ich finde er hat Recht — auf jede Anweisung, und der seine Tafeln begleitende Text giebt nur kurze, häufig sehr instructive klinische Notizen über die abgebildeten Fälle. Der Krieg'sche Atlas ist sehr breit angelegt, er bringt nicht weniger als 345 Abbildungen, und stellt sich die Aufgabe, durch Darstellung sowohl verschiedener Fälle desselben Leidens, auch derselben Fälle in verschiedenen Stadien dem Beschauer ein möglichst vollständiges Bild der Affectionen in ihren verschiedenen Erscheinungsformen und in ihrem Verlaufe zu geben. — Ueber die häufig nicht zutreffende Farbe habe ich schon gesprochen.

Auf Tafel I., die uns im wesentlichen physiologische Kehlkopfbilder bietet, sind besonders Figur 8 und 9 bemerkenswerth, sehr seltene physiologische Varietäten darstellend; auf Tafel II., der Anämie, der Hyperämie und dem acuten Catarrh gewidmet, möchte ich die Aufmerksamkeit auf die Abbildung der acuten Epiglottitis, der isolirten subglottischen Entzündung und der isolirten Entzündung der Aryknorpelgegend lenken (Fig. 4, 6 und 8). Alles dreies, obwohl von jedem erfahrenen Fachmann des öfteren beobachtet, hat doch bis jetzt eine ausreichende Darstellung wohl kaum gefunden. Unter den interessanten Bildern der Tafel III. hebe ich besonders Figur 3 hervor, Oedem der Stimmbänder nach zu starker Höllensteinbepinselung darstellend. Auf Tafel IV. giebt Krieg in 8 Abbildungen die Geschichte zweier von ihm beobachteter Fälle von Perichondritis idiopathica. Tafel V. und VI. sind dem chronischen Catarrh, der Pachydermie und den Sängerknoten gewidmet. Ich möchte übrigens hervorheben, dass ich Tafel V. Figur 1 nach der Zeichnung doch für Tuberkulose halten möchte — selbst der lang-

jährige Stillstand der Affection kann mich nicht anders überzeugen. Tafel VII. und VIII. giebt vortrefflich die verschiedenen Kehlkopfstellungen bei Bewegungsanomalien. Abweichend von der gewöhnlichen Auffassungsweise bezeichnet Krieg das Vicariiren der falschen Stimmbänder bei Stimmbandlähmung als Hyperkinese der Mm. thyreoarytenoidei externi. Auf Tafel X., XI. und XII. — in Rücksicht auf den mir zur Verfügung stehenden Raum muss ich mich sehr kurz fassen — giebt Krieg Abbildungen von gutartigen Geschwülsten, auf Tafel XIII., XIV. und XV. von Carcinomen des Kehlkopfes. Ueberall sind die sehr lehrreichen und theilweise mit Situationszeichnungen und mikroskopischen Befunden illustrirten Krankengeschichten beigefügt. Die folgenden 4 Tafeln sind der Syphilis, weitere 12 Tafeln der Darstellung der Tuberkulose gewidmet. Von einzelnen Fällen hebe ich den auf Tafel XXI., Figur 5—9 dargestellten Fall von Tuberkulose hervor, in dem die ganze Epiglottis von der Spitze bis zum Boden in 3 Monaten vollständig zerstört wurde, und Tafel XXII., Figur 8, 9 und 10, Milchsäure, Tuberculin und Cantharidin darstellend. Bei dieser etwas eigenartig activen Therapie, die übrigens Krieg grossentheils nicht selbst eingeleitet hat, hat sich der Zustand ganz auffällig gebessert. Von Tafel XXV. möchte ich besonders auf die eigenthümlich schlaffen Granulationen in Figur 5, auf Tafel XXVII. auf die beiden Fälle von Perichondritis cricoidea (Figur 5, 6, 7 und 8) aufmerksam machen. In dieser exquisiten Weise dürfte die Affection laryngoskopisch wohl nur sehr selten beobachtet worden sein. Ebenso sind höchst bemerkenswerth die auf Tafel XXVIII. und XXIX. dargestellten Fälle von Perichondritis fast aller Knorpel des Kehlkopfes. Tafel XXX. bringt Fälle geheilter tuberkulöser Geschwüre, vor und nach der Heilung abgebildet. Tafel XXXI. beschäftigt sich mit dem Lupus des Kehlkopfes — als mit einer Unterabtheilung der Tuberkulose. Einen durch chirurgische Behandlung und durch Tuberculin sehr erheblich gebesserten Fall stellt er in 9 Abbildungen dar. Tafel XXXII. und XXXIII. schildern Compression und Stenose des Kehlkopfes, fast alles höchst seltene und bemerkenswerthe Fälle. Tafel XXXIV. bringt Spiegelbilder von Compression und Stenose der Trachea. Die beiden folgenden Tafeln enthalten mehr Curiosa, einen durch besondere Ausbreitung sehr bemerkenswerthen Fall von Herpes pharyngis und laryngis, Algosis leptothricia und Pemphigus. Die letzte Tafel (XXXVII.) endlich bietet ein sehr instructives Bild von Larynxdiphtherie (Figur 1), ferner Erysipelas laryngis (Figur 2, 3 und 4), Diaphragmabildung etc.

Dies in Kürze der Inhalt des reichhaltigen Werkes.

Hoffentlich werden die noch fehlenden Lieferungen des Schnitzler'schen Atlas bald erscheinen.

Die beiden Werke, so verschieden sie auch vielfach sein mögen, ergänzen sich in mannigfacher Beziehung und werden beide eine ganz besondere Bereicherung und Zierde unserer Büchereien bilden. Sowohl Lernende und Lehrende werden in ihnen reiche Belehrung und Beihilfe finden, als sie auch dem erfahrenen Specialisten eine ergiebige Quelle mannigfacher Anregung sein werden.

P. Heymann.

c) Jahresversammlung der British Medical Association in Nottingham.

Juli. 1892.

Section für Laryngologie.

Vorsitzender: Dr. R. A. Hayes.

Discussion über: „Die Aetiologie, Pathologie und Behandlung der nasalen Neurosen.

Die Discussion wurde eröffnet von Donald Stewart, der die Beziehungen zwischen den localen und den allgemeinen Neurosen erörterte. Mancher praktische Arzt blickt mit Zweifel und Argwohn auf die Anschauungen der Specialisten und es ist nicht zu viel gesagt, wenn man behauptet, dass die Symptomenbilder, die von rhinologischer Seite beschrieben und auf nasale Veränderungen zurückgeführt worden sind, von mancher Seite als *Illusionen* aufgefasst werden, denen nur Männer anheimfallen können, welche sich mit allem ihren Denken dem Studium eines speciellen Organs ergeben. Es ist schwierig, wo nicht unmöglich, die nervösen Symptome einer Krankheit zu trennen von den organischen Veränderungen, die in ganz anderen Geweben als den Nerven zu Tage treten können. Eine rein functionelle Neurose existirt wahrscheinlich gar nicht, ohne dass eine organische Läsion als ihre Ursache irgendwo vorliegt. Redner bestreitet, dass solche organischen Läsionen im frühen Lebensalter fehlen. Derartige Läsionen werden verursacht zum grössten Theil durch äussere Einflüsse und diese Einflüsse üben zuerst ihre Wirkung aus an der Peripherie. Blut- und zymotische Krankheiten spielen ebenfalls eine Rolle und gerade diese werden vor allen von aussen her übertragen. Unter diesen Läsionen ist zuerst und vor allen Dingen zu nennen die nasale Verstopfung; dann auch Coryza, Entzündungen, Hypertrophien, Tumoren, Polypen, Caries, Nekrose, Eiterungen, Atrophien. Die Nervenfasern werden mitergriffen und durch Reflexwirkung treten nervöse Symptome an verschiedenen Gegenden des Körpers hervor. Redner stellt eine lange Liste von Symptomen aus fast allen Regionen des Körpers aus der Literatur über diesen Gegenstand zusammen und wirft die Frage auf, wie diese Symptome zu Stande kommen? Die Antwort lautet: Durch das Nervensystem vermittelst Reflexthätigkeit. Der Trigeminus, der sensible Nerv der Nase, steht häufig unter einem beständigen Reize; der Reizeindruck wird auf die Ganglien übermittelt und durch die motorischen Nerven und die vasomotorischen oder trophischen reflectirt. Dabei liegt aber die Pathologie der nasalen Neurosen noch sehr im Dunkeln; wahrscheinlich handelt es sich in verschiedenen Fällen um sehr differente Dinge, wenigstens ist es schwer für solche Symptome wie die Aprosexie und das Asthma eine gemeinsame Erklärung zu finden. Zur Therapie gehört die Beseitigung aller Abweichungen vom normalen Zustande in den Nasenhöhlen. Die Nase muss vollständig gesund gemacht werden und die allererste Sorge muss die sein, eine gleichmässige nasale

Athmung sicher zu stellen. 1. Der erste und wichtigste Schritt hierzu ist die Entfernung störender Gewebe, am besten durch die Excision nach irgend einer Methode. 2. Dann ist die Schleimhaut wieder in einen gesunden Zustand zu bringen; Chromsäure und Cauterisationen sind hierzu zweckdienlich. 3. Spülungen sind in manchen Fällen unerlässlich. Am nützlichsten ist die Combination eines alkalinischen Wassers mit einem Desodorans oder einem Antisepticum. 4. Nur in seltenen Fällen kommt man ohne Allgemeinbehandlung aus. —

Bronner gab in seinem Referat einen kurzen historischen Rückblick auf die Entwicklung dieses Gegenstandes. Er ist der Ansicht, dass man die nasalen Reflexe in zwei Abtheilungen theilen müsse 1. in die, bei denen eine locale Reizung der Endfasern des N. quintus vorliegt und 2. diejenigen, bei denen die Veränderungen in der Nase nicht das Primäre, sondern die Folge einer centralen Neurose sind.

Bei der letztgenannten Abtheilung ist die Localbehandlung der Nase von Nutzen als Gegenreiz; wichtiger freilich ist die locale Behandlung bei der ersten Gruppe. Jeder Polyp soll nach Redners Ansicht entfernt, jede Hypertrophie beseitigt werden. Bei atrophischer Rhinitis gebraucht B. Trichloressigsäure und alkalische Douchen. Die Allgemeinbehandlung ist wichtiger für die zweite Gruppe.

In der Discussion, die sich anschloss, betonte Mark Hovell mit Nachdruck die Nothwendigkeit der Allgemeinbehandlung für alle Fälle dieser Art. Lennox Browne meint, dass Laryngismus bei Kindern oft durch nasopharyngeale Affectionen bedingt ist; er hat auch gewisse Grade von pharyngealer Lähmung auf dieser Basis gesehen. Die Localbehandlung hält er in vielen solcher Fälle für das einzig Erfolg versprechende Mittel. Bei dem Heufieber erklärt er eine Allgemeinbehandlung in der Zwischenzeit für erforderlich; schliesslich erwähnt er den wichtigen Zusammenhang zwischen Augenerkrankungen und nasalen Affectionen. Scanes Spicer glaubt auch, dass viel Nutzen durch die Behandlung der nasalen Zustände gestiftet worden ist und er verwahrt sich gegen den Ausdruck „Experimentelle Therapie“, der nur Misstrauen bei den Patienten erwecken soll. Dundas Grant erwähnt die Versuche von Lazarus, der durch Reizung der Nasenschleimhaut bei Thieren Contraction der Bronchialmuskeln hervorrief und damit den Zusammenhang zwischen Nasenkrankheiten und Asthma erklärte. Watson Williams berichtet über einen Fall von Asthma verursacht durch ein Enchondrom der Nasenscheidewand. Semon stellt fest, dass darin Uebereinstimmung herrsche, dass es locale Ursachen in Fällen von Neurosen gebe und dass auch darüber kein Zweifel bestehe, dass solche Neurosen von der Nase ihren Ausgang nehmen können. Wo aber keine absolute Sicherheit gewonnen werden könne über den Zusammenhang zwischen dem localen und allgemeinen Zustand, da verwirft S. mit Entschiedenheit den unverantwortlichen Gebrauch von Säge und Brenner, wie er von manchen Chirurgen empfohlen wird; dieser sei nur geeignet, die Specialität in Misscredit zu bringen bei Aerzten und Patienten.

Discussion über: „Systematische Bildung der Stimme“.

Sandford (Cork) lenkte die Aufmerksamkeit der Versammlung auf die Wichtigkeit eines systematischen Unterrichts in der Bildung der Stimme auf Schulen und Universitäten, besonders aus Rücksicht auf den Einfluss eines solchen Unterrichts auf die jetzt so überwiegend häufigen Halsaffectionen bei öffentlichen Rednern und anderen. Redner hob hervor, dass die Aussprache der Worte auf gesunde Principien sich stützen müsse und wies auf den Zusammenhang zwischen Stottern und krankhaften Zuständen im Halse hin. Viele der in Rede stehenden Störungen seien durch Neurosen verursacht und beträfen Personen mit nervösem Temperament, für die eine sorgfältige Allgemeinbehandlung von allergrösstem Werth sei; auf der andern Seite jedoch bedürften organische Störungen einer besonderen Behandlung. Redner hob hervor, dass die meisten der Schwierigkeiten, mit denen die Redner zu kämpfen hätten, sich vermeiden liessen; die einen entständen aus einer Vernachlässigung der Gesundheit der Athemwege, andere aus der mangelhaften Ausbildung in der richtigen Methodik des Sprechens und der fehlenden Uebung im Knabenalter, woran die Gleichgültigkeit des Publicums in dieser Hinsicht einen grossen Theil der Schuld trage.

Lennox Browne weist auf die Fehler in der Stimmbildung hin, die zu Halserkrankungen führen. Nachdem er erklärt, dass die Combination von Zwerchfell- und Costalathmung die geeignete Methodik sei, bespricht er die spastische Dysphonie, an der eine unvollkommene Lüftung der Lungen Schuld trägt und die durch abgemessene Athemgymnastik am besten behandelt wird. Mangelnde Muskelenergie ist auch eine Ursache des Verlustes des Umfangs der Stimme und häufig tritt dieses ein bei Ueberanstrengung der Stimme. Es ist rathsam, die Stimme nicht zu sehr in die Höhe zu treiben, wie dies Geistliche oft thun.

Der Vorsitzende verlangt ebenfalls eine Ausbildung der Stimme bei denen, die ihre Stimme viel gebrauchen müssten, wie die Geistlichen und Advocaten. Bezüglich der Singstimme seien die meisten Lehrer ohne jede Spur einer physiologischen Bildung und in dieser Richtung müsste allerdings noch sehr viel geschehen. Ellis wies auf einen Reizzustand hin, den man bei Schullehrern beobachten könne, welche gewöhnt wären mit den schwarzen Tafeln zu arbeiten; er führt diesen Zustand auf die Einathmung des Kreidestaubs zurück, der auf den Larynx reizend wirke.

Am Schluss der Discussion wurde folgende Resolution angenommen: „In Berücksichtigung des schädlichen Einflusses einerseits, den auf das Sprachorgan der unrichtige Gebrauch der Stimme ausübt, und die unzureichende Aufmerksamkeit andererseits, die bisher der Frage einer systematischen Ausbildung der Stimme zu Theil geworden ist, wünschen die Mitglieder der Laryngologischen Section dieser Versammlung die massgebenden Behörden mit Nachdruck auf eine allgemeinere Anerkennung dieser Frage als auf einen wichtigen Theil der Erziehung hinzuweisen, besonders soweit die Ausbildung für einen Beruf, der öffentliches Reden erfordert, in Frage kommt. Die Versammlung glaubt auch eine mindestens elementare Kenntniss der Physiologie der betreffenden Organe und

der Hauptprincipien einer wissenschaftlichen Tonbildung bei den Schullehrern und ähnlichen mit der Erziehurg der Jugend betrauten Ständen fordern zu müssen."

Discussion über: „Die granuläre Pharyngitis; ihre Aetiologie und Behandlung.

Eröffnet wurde die Discussion durch Mark Hovell und Lennox Browne. Beide Redner lenkten die Aufmerksamkeit auf die verschiedenen Ursachen der Erkrankung, die constitutioneller wie localer Natur seien. Von denen der ersten Kategorie seien erwähnt die Einwirkung von Dämpfen, Uterus- und Leberkrankheiten, verschiedene Diathesen, Gicht, Rheumatismus u. s. w. Unter den localen Ursachen dürften Nasenverengerungen und unzweckmässiger Gebrauch der Stimme die bedeutsamste Rolle spielen. Die geeignete Therapie für beide Arten der Erkrankung wurde von den Vortragenden nur in einer ganz allgemeinen Weise behandelt. Der Gebrauch des Thermokauters wurde besprochen und zwar verwerfen beide Redner seine zu häufige Anwendung.

Jacob (Leeds) hob hervor, das der Rachen zu den sensitivsten Stellen des Körpers gehöre und dass nervöse Elemente an seinen Erkrankungen einen wichtigen Antheil hätten. Die blosse Ermüdung des Muskel-Apparats bilde oft die einzige Ursache für die zu Tage tretenden Symptome. Ein gewisser Grad von Pharyngitis entstehe auch aus der fehlerhaften Sprachmethode, wie man in Fällen von unnöthig lautem Reden gut beobachten könne. Prof. Gruber besprach das häufige Vorkommen der Erkrankung in Wien infolge des Rauches und betonte den Zusammenhang zwischen der Pharyngitis und Ohrerkrankungen; beide brauchten nicht nothwendigerweise einander an Schwere zu entsprechen; so könne schwere Pharyngitis das Ohr ganz frei lassen und andererseits eine ganz leichte Attake zu sehr schweren Ohrstörungen führen. In früheren Jahren hat G. in seiner Praxis von dem Brenner Gebrauch gemacht, doch ist er jetzt selbst der Ansicht, das Cauterisiren werde oft übertrieben und die Ohrentzündungen kämen erst secundär zu Stande. Die Muskeln des Halses werden temporär gelähmt, die Eustachische Trompete wird nicht in der richtigen Weise bewegt und daraus entstehen oft die peinlichen Folgen. Wo man ohne den Brenner absolut nicht auskommen kann, da gebrauche man ihn, aber wenn irgend möglich, nehme man ein anderes Instrument. Der Vorsitzende schliesst sich der Meinung an, dass der Rauch eine wichtige Ursache ist; er betont den Zusammenhang mit gastrischen und Leberstörungen. Es verwirft die übertriebene lokale Behandlung und lässt tagsüber milde, glättende Inhalationen gebrauchen, pinselt danach mit schwacher Carbolsäurelösung und nur in ganz ausgesprochenen Fällen nimmt er den Brenner zur Hand.

Die Behandlung von Ozaena und recidivirenden Nasenpolypen durch Eröffnung und Drainage der Highmorshöhle.

Einen Vortrag über dieses Thema hielt Robertson (Newcastle-on-Tyne). Was die Ozaena anlangt, so findet R. die Schleimhaut der Highmorshöhle in allen

Fällen mehr oder weniger tiefgreifend betheiligt, es kommt stets zu einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes in den Wandungen des Antrum und in den benachbarten Geweben, wie den Zähnen, den unteren Muscheln u. s. w.; dadurch entsteht eine Verengerung der natürlichen Oeffnung des Antrum und auf diese Weise eine Retention der Sekrete. Der Inhalt der Höhle kann flüssiger Eiter sein oder eingetrocknete weisse Massen käsiger Natur, die die Wände bedecken und einen ozaenösen Geruch verbreiten. Dieser Zustand stört natürlich die physiologische Function der Höhle. Die Eröffnung mittelst breiter Perforation von vorn her, Ausspülung des Inhalts und das Curettement der Schleimhaut etc. setzt der Krustenbildung und dem übeln Geruch mit einem Schlage ein Ende. In dem andern Falle, bei recurrirenden Nasenpolypen, wird die Schleimhaut des Antum gleichfalls ergriffen, sie macht eine polypoide Degeneration durch, es entstehen distincte polypoide Geschwülste und Septa. Das Fehlen von Pus ist keine Contraindication gegen die Operation. Doch ist keine Operation in diesem Falle von Werth, als eine ausgiebige Perforation der vorderen Wand des Antrum, die eine Digital- und Ocularuntersuchung des ganzen Höhleninnern ermöglicht. Eine solche ist zu erreichen mittelst Hammers und Meissels.

Im weiteren Verlauf seines Vortrags besprach R. die Häufigkeit der doppelseitigen Erkrankung des Antrum. Unter einer Reihe von 7 frischen Fällen fanden sich 6 mit beiderseitiger Erkrankung. Auch auf die häufige Verbindung mit Mittelohraffectionen (acute Otitis, chronische eitrige Otitis, Ohrensausen etc.) nahm R. Bezug und auf die schnelle Heilung dieser bei Behandlung des nasalen Grundleidens.

Nasale und Respiratorische Krümmungen der Wirbelsäule.

H. A. Reeves (London) hat vor mehreren Jahren eine Reihe von Fällen von Hühnerbrust beobachtet, die durch das Vorhandensein von Mandelschwellung, postnasalen Geschwülsten oder Nasenpolypen und die dadurch gesetzte Behinderung der normalen Ausdehnung der Brust bedingt waren. R. fand in 3 von diesen Fällen eine ausgesprochene seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule. Seither hat er die Vereinigung dieser beiden Dinge in einer so grossen Anzahl von Fällen im Orthopaedischen Hospital beobachtet, dass ein bloss zufälliges Zusammentreffen ausgeschlossen scheint. Es ist dieser Punkt bisher noch nirgends beachtet worden, da man auf Verstopfung der Nase oder des Schlundes als auf ein ursächliches Moment für Wirbelsäulenschwäche, Skoliose und musculäre Kyphose noch nie Acht gegeben hat. Polypen, postnasale Adenoidgeschwülste, vergrösserte Tonsillen und granuläre Pharyngitis sind sehr häufig bei spinalen Verbiegungen zu finden und in manchen Fällen ist der Zusammenhang mit der Störung der nasalen und pharyngealen Athmung zweifellos. Chronische Rhinitis und der Catarrh führen, wie bekannt, zu Schwellung der Muscheln und der Schleimhäute und dadurch entstehen bisweilen Verengerungen und Verbiegung des Septums. Häufiger trifft dieser Fall bei Mädchen zu. Bei der Skoliose ist die Krümmung zuerst gering und eine einfache; häufiger sitzt sie im oberen Dorsaltheil und nach rechts ge-

wendet, darin der allgemeinen Regel folgend; doch sah Redn. auch Fälle mit linksseitiger Verkrümmung. Redn. verfügt auch über einen Fall von Torticollis, in dem adenoide Tumoren in überwiegender Menge auf einer Seite sassen; es war in diesem Falle auch kaum zweifelhaft, dass ein Zusammenhang zwischen beiden Affectionen bestand, derart dass die seitliche Verbiegung der Halswirbelsäule auf Rechnung der Nasenverengerung zu setzen war.

Die Wichtigkeit der Aufmerksamkeit gegenüber Beschädigungen des Mittelohrs bei der Behandlung der Nasenwege und des Nasopharynx.

Barr (Glasgow) berichtet über Fälle von Entzündung des Mittelohrs nach Anwendung der Spritze und empfiehlt folgende Vorsichtsmassregeln. Vor der Injection der Flüssigkeit soll die Nase untersucht werden und die Lösung soll in die am meisten verstopfte Seite der Nase injicirt werden. Die Flüssigkeit ist auf 25—30° C. zu erwärmen, ein Salzgehalt von 1 pCt. gewöhnliches Salz ist nützlich. Es ist angebracht, den Strom öfters zu unterbrechen und auch nicht zu fest das Nasenloch zuzuklemmen. Schlucken ist zu vermeiden. Bei Kindern kann man die Spritze nicht anwenden und man lasse die Flüssigkeit einfach einlaufen. Gewalt soll überhaupt nicht angewendet werden, wo ein Widerstand vorliegt, und der Patient sollte in den nächsten 15 Minuten nach der Ausspülung kein Nasenbluten bekommen. Man meide die Spritze ganz nach Operationen in der Nase und in allen Fällen hat man den Patienten, ehe man ihm die Spritze selbst in die Hand giebt, recht genau über ihre Anwendung zu instruiren.

Gruber (Wien) hebt ebenfalls die Nothwendigkeit hervor, bei dem Gebrauch der Spritze sorgsam vorzugehen; er betont besonders die Gefahr in Fällen von Syphilis, bei denen zahlreiche Ulcerationen bestehen. In man Fällen ist es nützlich, Flüssigkeiten in das Ohr zu injiciren, wenn daselbst eine Verdickung der Schleimhaut oder Verknöcherungen existiren. Der Ausbruch einer Otitis media mit Perforation führt oft zur Besserung. In jedem Falle, wo Gefahr droht, kann die Paracentese des Trommelfells vorgenommen und dadurch der Flüssigkeit Bahn geschafft werden.

Eine Demonstration zur

„Aetiologie von Krankheiten der Nase und des Halses“

wurde von G. Macintyre (Glasgow) veranstaltet. Derselbe erörterte zuerst den Namen „Catarrh“ und kam dann auf die Aetiologie desselben und auf die Bedingungen zu sprechen, in denen er gewöhnlich eintritt. Redner berührte die Beziehungen zwischen den neueren Fortschritten in der Bakteriologie und den Nasen- und Halskrankheiten und legte eine sehr vollständige Reihe von Abbildungen und mikroskopischen Präparaten der verschiedenen Mikroorganismen vor, die sich in den Krankheiten der oberen Luftwege gefunden haben.

v. Schrötter (Wien) hielt zwei kurze Vorträge, in denen er das Vorkommen einer einseitigen Lähmung des seitlichen Crico-arytaenoidmuskels und der atactischen Bewegungen des Kehlkopfs besprach.

Semon bemerkte zu dem Falle, welcher die Grundlage des ersten Vortrags bildete, dass in ihm der Nachweis einer organischen Nervenläsion nicht erbracht sei.

Prof. v. Schrötter erklärte, er habe nur eine Beobachtung registriren wollen, für deren Genauigkeit er einstehen könne, erkenne aber die Berechtigung des gemachten Einwurfs an. Man könne eben nicht Alles in dieser Welt erklären.

„Rhinalgie."

Wm. Hill beschrieb eingehend zwei Fälle, deren hervorstechendstes Symptom ein Schmerz in der Nase war. In dem einen sass die Reizbarkeit in dem vorderen Theile der mittleren Nasenmuschel und sie wurde durch einen Cocain-Spray mit nachfolgendem Mentholgebrauch beseitigt. Später entwickelte sich daselbst ein Polyp und erst nach dessen Exstirpation war die Heilung vollständig. In dem zweiten Fall bestand eine cystische Entartung der mittleren Muschel und diese selbst musste abgetragen werden, damit Heilung erfolgte.

„Der dyspeptische Halsschmerz."

P. Watson Williams beschrieb eine besondere Form von Pharyngitis und Röthung des Schlundes, die nach Magen- und Leberstörungen eintrete und durch eine auf diese Organe gerichtete Therapie geheilt werde. Der Grund der Affection liegt anscheinend in der mangelhaften Leberthätigkeit oder der gestörten Resorption der fermentativen Producte in dem Intestinaltractus bei Dyspeptikern. Redner lenkt die Aufmerksamkeit auf den engen Zusammenhang zwischen dem Pfortaderkreislauf und dem Oesophagus, wie er sich bei der Lebercirrhose zeige.

Einige praktische Winke für die Diagnostik und die Behandlung der Fischgräten im Halse.

Dundas Grant empfahl eine sorgfältige Untersuchung der Zungentonsille in allen Fällen, in denen Verdacht vorhanden, dass eine Gräte im Halse stecken könne; auch solle man, während der Patient phonirt, einen Druck auf die Submaxillargegend ausüben, um eventuell die Gräte herauszudrücken.

Eine sichere Nasendouche demonstrirte Dundas Grant. Dieselbe hat ein doppelläufiges Nasenrohr und lässt der Flüssigkeit auch freien Lauf, wenn eine Nasenseite verstopft ist.

Ferner demonstrirte Dundas Grant eine zuverlässige Kehlkopfzange. (Dieselbe ist ganz vorzüglich für Fälle, in denen ein Polyp vom Stimmband aus

frei ins Innere des Kehlkopfs vorragt. Verfertiger: Krohne und Sesemann, 8 Duke Street. W. London. F. S.)

Trichloressigsäure bei Ozaena.

Bronner hält die Trichloressigsäure für wirksamer als alle anderen Mittel; er verwendet sie in 10—50 procentiger wässriger Lösung und applicirt sie 3mal in der Woche auf die Nasenmuscheln und das Septum. Häufig verordnet er auch eine Douche von alkalischem Wasser und in Schnupfpulver von Aluminium aceticum tartaratum, Menthol, Champher, Borsäure und Aristol.

Ein grosser Nasenpolyp wurde von Stewart demonstrirt, derselbe stammte von einem Knaben, der an Incontinentia urinae litt und durch die Exstirpation des Polypen geheilt wurde. D. R. Paterson M. D., Secretär.

III. Briefkasten.

Gründung einer Laryngologischen Gesellschaft in London.

In einer am 13. Februar 1893 in London unter dem Vorsitz von Sir George Johnson, F. R. S., abgehaltenen Versammlung wurde der einstimmige Beschluss gefasst, eine Gesellschaft zum Zwecke der Förderung der Wissenschaft und Praxis in der Laryngologie in London zu gründen. Der Name der Gesellschaft ist: „The Laryngological Society of London". Folgende Herren waren entweder gegenwärtig oder hatten schriftlich ihre Zustimmung und den Wunsch ausgedrückt, der zu begründenden Gesellschaft als fundirende Mitglieder beizutreten: Dr. Ball, Dr. Clifford Beale, Mr. Bowlby, Mr. Arthur Durham, Dr. de Havilland Hall, Dr Hensman, Sir George Johnson, Dr. Percy Kidd, Dr. E. Law, Dr. Greville Macdonald, Mr. Bilton Pollard, Dr. Vivian Poore, Dr. Felix Semon, Dr. Scanes Spicer, Mr. W. R. H. Stewart, Mr. Charters Symonds, Mr. Walsham, Mr. Spencer Watson, Dr. Willcocks, Mr. Cresswell Baber (Brighton), Dr. Bennett (Leicester), Dr. Jacob (Leeds), Dr. R. Mackenzie Johnston (Edinburgh), Mr. Kanthack (Liverpool), Dr. P. McBride (Edinburgh), Dr. Newman (Glasgow), Dr. Paterson (Cardiff), Dr. T. J. Walker (Peterborough).

Der Vorsitzende begrüsste die Erschienenen, sprach seine eigene Ansicht dahin aus, dass die Bildung einer solchen Gesellschaft nicht nur im Interesse der Specialisten, sondern auch in dem der allgemeinen Aerzte, welche sich mit der Laryngologie eingehender beschäftigten, erwünscht sei, und ertheilte sodann Dr. Felix Semon das Wort zur eingehenderen Motivirung des Planes.

Dr. Semon setzte darauf ausführlich auseinander, was ihn und Gleichgesinnte zum Vorschlag der Gründung einer laryngologischen Gesellschaft bewogen hätte, und rechtfertigte gleichzeitig seine eigene Haltung in dieser Frage. Er sei sich sehr klar

darüber, dass gegen ihn, der früher wiederholt die Bildung specialistischer Gesellschaften bekämpft habe, der Vorwurf der Inconsequenz erhoben werden dürfte. Wenn aber, was als allgemeiner Grundsatz allseitig zugestanden wäre, bedeutsame Verschiebung der bestehenden Verhältnisse jemandem veranlassen könne, seine Haltung gegenüber einer bestimmten Frage zu ändern, so treffe dieser Umstand in der vorliegenden Frage vollkommen zu. Als er im Jahre 1888 in seiner Präsidentialrede in Glasgow die Begründung der damals eben constituirten British Laryngological and Rhinological Association bekämpft habe, seien seine Gründe folgende gewesen: 1) Die Bildung einer specialistischen Gesellschaft, welche die Abhaltung und Discussion von Vorträgen zum Mittelpunkt ihrer Existenz mache, laufe den wahren Interessen der Laryngologie zu wider, indem sie einerseits den allgemeinen medicinischen Gesellschaften werthvolles Material entziehe und damit das ohnehin geringe Interesse, das speciell in Grossbritannien von der Masse der Aerzte den Bestrebungen der Laryngologie entgegengebracht würde, noch mehr abschwäche, andererseits eben dadurch die Laryngologie in bedenklicher Weise isolire und in die Cultivirung kleinlicher Details hineintreibe, 2) für die Discucsion solcher, unzweifelhaft existirender Fragen, die mehr zur Erwägung im kleineren sachverständigen Kreise, als in allgemeinen medicinischen Gesellschaften geeignet seien, wäre nunmehr, d. h. nach Bildung einer laryngologischen Section genügende Gelegenheit bei den alljährlichen Zusammenkünften der British Medical Association geboten, 3) die Begründung der damals eben constituirten Gesellschaft würde allem Anschein nach die wenig zahlreichen britischen Laryngologen in zwei, durchaus getrennte Lager spalten. — Seitdem er diese Ansichten ausgesprochen, seien fast fünf Jahre verflossen. Wie ständen die Dinge jetzt? — Vor allen Dingen wünsche er zu constatiren, dass sich seine Ansichten über die Unräthlichkeit specieller laryngologischer Gesellschaften, deren Thätigkeit bewusster — oder unbewusster Weise mit dem allgemeiner medicinischer Vereinigungen concurrire, nicht um eines Haares Breite geändert hätten. Aber er wolle gern zugeben, was er früher nicht genügend berücksichtigt habe, nämlich dass in einer Riesenstadt, wie London, die Existenz einer laryngologischen Gesellschaft denkbar und berechtigt sei, die ihre raison d'être auf einem ganz anderen Gebiete suche, als auf dem einer unfruchtbaren Concurrenz mit den allgemeinen medicinischen Gesellschaften. In den Händen der Herren, welche ihre Zustimmung zur Gründung der beabsichtigten Gesellschaft gegeben hätten, befinde sich ein klinisches Material, das an Reichhaltigkeit naturgemäss alles Aehnliche in der Welt übertreffe. Fälle seltenster und dunkelster Natur seien im Ueberfluss vorhanden. Es sei keinem Zweifel unterworfen, dass dies Material in wissenschaftlicher Beziehung bisher nicht so ausgenutzt worden sei, wie es verdiene. Die allgemeinen Gesellschaften seien, wie es die Erfahrung gelehrt habe, gerade für die Demonstration dunkler und seltener laryngologischer Fälle nicht der geeignete Boden. Begegne man in ihnen auch einem gewissen Interesse an solchen Fällen, so erhalte man nur äusserst selten, das was man suche: Rath und Hülfe in der Frage der Diagnose oder Behandlung. Grade in der gegenseitigen Demonstration und Discussion solcher Fälle müsse und solle die neue Gesellschaft den Kernpunkt ihrer Interessen suchen, ein Ziel, in welchem sie in keiner Weise mit den bestehenden allgemeinen Gesellschaften collidire, denen die Theilnahme der Laryngologen in der bisher üblichen Weise nach der Ansicht des Redners durchaus erhalten bleiben müsse. Dabei sollten jedoch grössere Discussionen im Schoosse der laryngologischen Gesellschaft über speciell aufgestellte Fragen von allgemeinem Interesse für die Specialität durchaus nicht principiell ausgeschlossen sein, da die gegenwärtig hierzu gebotenen Gelegenheiten nicht ausreichten.

Damit kam der Redner auf den zweiten der Gründe zu sprechen, die zu der vorgeschlagenen Bildung der neuen Gesellschaft geführt hätten. Im Jahre 1888 sei nach all' den Kämpfen, die man habe bestehen müssen, ehe es zum Etablissement einer laryngologischen Section bei den Versammlungen der British Medical Association gekommen sei (vgl. Centralblatt III, 356), die Hoffnung durchaus berechtigt gewesen, dass den britischen Laryngologen nunmehr ein jährlicher Mittelpunkt für die Discussion ihrer engeren Interessen gesichert sei. Diese Hoffnung habe sich aber nicht erfüllt.

Gegenwärtig sei der Modus bei den jährlichen Versammlungen der British Medical Association der, dass man zwischen einer laryngologischen und einer otologischen Section abwechsle; auch dieser Modus aber sei nicht gesetzlich geregelt, sondern die jedesmalige Bestimmung hänge durchaus von dem Gutdünken des Vorstandes der Brit. Med. Association ab. Er wolle darüber nicht Beschwerde erheben, da ihm vertraulich Gründe für diese Sachlage mitgetheilt worden seien, deren Berechtigung er anerkennen müsse; indessen bliebe jedenfalls die Thatsache bestehen, dass gegenwärtig den britischen Laryngologen im besten Falle nur alle zwei Jahre einmal die Gelegenheit geboten sei, sich im engeren Kreise über die ihre Specialität bewegenden Fragen auszusprechen. Das sei bei der Schnelligkeit der Entwicklung dieses Zweiges, bei dem immerwährenden Auftauchen neuer Ansichten über den Zusammenhang der verschiedensten Dinge und auf solche theoretischen Ansichten gebauter therapeutischer Vorschläge nicht ausreichend, und auch aus diesem Grunde sei die Bildung einer regelmässig und öfter tagenden Gesellschaft wünschenswerth.

Was endlich die bereits bestehende britische laryngologische Vereinigung beträfe, so hätten die fünf Jahre ihrer Existenz die Berechtigung der Befürchtungen bewiesen, welche der Redner an ihre Begründung geknüpft habe. Die British Laryngological and Rhinological Association habe sich die Sympathien der hervorragendsten britischen Laryngologen nicht zu erringen gewusst, und die Thatsache, dass von den sämmtlichen Collegen, die der Bildung der neuen Gesellschaft zugestimmt hätten und die sowohl ihren literarischen Leistungen wie ihren officiellen Stellungen nach ohne Ueberhebung als wirklich repräsentativ für die britische Laryngologie bezeichnet werden könnten, nicht ein einziger ihr angehöre, spräche so beredt, dass er sich aller Commentare enthalten könne. Die neu zu begründende Gesellschaft solle der bestehenden in keiner Weise feindlich gegenübertreten; unleugbar aber halte er selbst es für wünschenswerth, dass dem Gros der englischen Aerzte ebenso wie den auswärtigen Fachgenossen durch die Thätigkeit der neuen Gesellschaft der Beweis dafür gegeben werde, dass unter den britischen Kehlkopfärzten noch eine andere Strömung laryngologischen Denkens existire, als die bisher repräsentirte. Aus allen diesen Gründen beantrage er die Begründung der neuen Gesellschaft.

Der Antrag wurde von Dr. F. de Havilland Hall, der sich besonders warm dafür aussprach, dass die Thätigkeit der neuen Gesellschaft eine vorwiegend klinische sein solle, unterstützt, und nach einer Discussion, an der die Herren Butlin, Greville Mac Donald, Cresswell Baber, Law u. A. theilnahmen, wie schon erwähnt, einstimmig angenommen.

Sodann wurde beschlossen, die Liste der fundirenden Mitglieder noch zu erweitern, und eine Anzahl von Herren, die in der Versammlung selbst vorgeschlagen und einstimmig acceptirt wurden, zum Beitritt aufzufordern.

Die Ausarbeitung der Statuten etc. wurde einem aus den Herren Baber, Beale, Mac Donald, Spicer und Semon bestehenden Comité anvertraut, als dessen Secretaire die Herren Beale und Spicer fungiren.

Zum Schlusse wurde der Vater der Laryngologie, Manuel Garcia, einstimmig zum ersten Ehrenmitgliede der neuen Gesellschaft ernannt, und dem Vorsitzenden, Sir George Johnson, ebenso einstimmig der Wunsch ausgedrückt, dass er als der erste Präsident der neuen Gesellschaft fungiren möge.

Die Laryngologische Section des XI. Internationaler Medicinischen Congresses.

Rom, 24. September — 1. October 1893.

Kaum sieben Monate trennen uns von dem Beginn des elften internationalen Congresses und noch immer sind keine Beschlüsse über die Organisation der laryngologischen Section von dem Comité derselben bekannt gegeben worden. Wenn wir heute wiederum auf diese Frage zurückkommen, so geschieht es, weil wir von dem aufrichtigen Wunsche getragen sind, die Arbeiten unserer Section — zumal nach den Schwierigkeiten, die sich ihrer unabhängigen Existenz entgegengestellt haben (Centralblatt, dieser Jahrgang, S. 110) — so erfolgreich wie möglich zu sehen, und weil wir noch einmal, ehe es zu spät wird, der dringenden Hoffnung Ausdruck zu verleihen wünschen, dass sich unsere italienischen Freunde die Erfahrungen früherer Congresse zu Nutzen machen möchten. Aller Voraussicht nach wird das ewige Rom auch diesmal wieder seine zauberische Anziehungskraft üben und aus allen Enden der Welt werden die Laryngologen zusammenströmen — die meisten bewaffnet mit einem Vortrage Da heisst es denn — um zwei alte Warnungen in eine zu vereinen: „Videant Consules, ne quid nimis!“ — In den Leitartikeln, welche die Summe aus den Erfahrungen zogen, die bei Gelegenheit der Kopenhagener und Berliner internationalen Congresse gemacht worden sind, haben wir uns erlaubt, im allgemeinen Interesse ganz bestimmte Vorschläge für die Organisation der laryngologischen Section des nächsten Congresses zu machen. Dieselben gipfeln in folgenden Wünschen:

1. Nur eine durch zwei Referenten einzuleitende allgemeine Discussion in jeder Sitzung.
2. Jedem der Referenten sei in maximo 20 Minuten für seinen einleitenden Vortrag gestattet, jedem Sprecher in der Discussion höchstens 10 Minuten, ausser wenn aus der Mitte der Versammlung der Antrag gestellt und von der Majorität unterstützt wird, dass man den Redner bis zum Schlusse seiner Ausführungen sprechen lassen solle.
3. Unter keinen Umständen werde zwischen den einleitenden Vorträgen und der Discussion eine Reihe privater Vorträge eingeschoben, die ihren Titeln nach in — oft nur anscheinendem — Zusammenhang mit dem Discussionsthema stehen.
4. Frühzeitige Anmeldungen derjenigen, die an einer bestimmten Discussion theilzunehmen wünschen, bei dem Sectionsvorstand.
5. Einschränkung der privaten Vorträge durch eine officielle Mittheilung des vorbereitenden Comités des Inhalts, dass private Vorträge nur soweit zur Verlesung kommen könnten, als dies die zur Verfügung stehende Zeit erlaube, und dass die allgemeinen Discussionen unter keinen Umständen zu Gunsten privater Vorträge eingeschränkt werden würden.

Die Motive aller dieser Vorschläge sind in den beiden erwähnten Leitartikeln (I, S. 77; VII, S. 88) ausführlich entwickelt worden. Im öffentlichen Interesse können wir nur wünschen, dass ihnen bei dem römischen Congresse entsprochen werden möge.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. Berlin, April. 1893. No. 10.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege etc.

1) **Brügelmann. Ueber neurasthenisches Asthma.** *Therap. Monatshft. 1892. No. 6 u. 7.*

Dasselbe entsteht durch eine perverse von ganz beliebigen Stellen des Gesammtnervensystems ausgelöste Reizung der Athmungscentren, aber eben nur dann, wenn die Leitung zum Centralorgan, dieses selbst oder beide schadhaft (neurasthenisch) geworden sind; bei nasalem, pharyngo-laryngealem, bronchialem Asthma schaffen die die Asthmapunkte treffenden Reize erst die Empfänglichkeit des Centralorgans und mit ihm die perverse Reaction — das Asthma.

Die Symptome des neurasthenischen Asthmas sind hypochondrische; die perverse Athmung kommt zu Stande durch Unterjochung des regulirenden Willens seitens der krankhaften Vorstellung. Dieses Asthma lässt den Patienten nicht schlafen, während das hysterische Asthma im Schlaf schwindet. Die Behandlung ist eine antineurasthenische (Suggestion). A. ROSENBERG

2) **Redactionelle Bemerkung. Behandlung des Asthma mit Jodkali. (Treatment of asthma by iodide of potassium.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 21. Juli 1892.*

Inhaltsangabe eines Aufsatzes von Prof. Germain Sée in einem französischen Blatte. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

3) **T. J. Mays. Behandlung und Pflege der Asthmatiker. (Treatment and management of asthma.)** *Buffalo Med. and Surg. Journ. Dec. 1892.*

M. empfiehlt besonders Subcutaninjectionen von Strychnin.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

4) **J. J. Waller. Eine Erkältung. (A cold.)** *Southern Medical Record. Mai 1892.*

Die rationelle Behandlung ist die mittelst Diaphorese.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

5) **R. S. Copeland. Der Catarrh und seine Folgen vom Standpunkt des ärztlichen Praktikers. (Catarrh and its sequelae from the standpoint of the general practitioner.)** *North Americ. Journ. of Homoeopathy. Juli 1892.*

In der Hauptsache verfolgt die Behandlung:

1. Reinhaltung durch wiederholte tägliche Anwendung des Zerstäubers.
2. Locale Reiz- oder Beruhigungsmittel.
3. Hygienische oder sanitäre Massnahmen.
4. Verabreichung des indicirten „Similimum". [Sic! Red.]

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

6) **L. C. Cline. Der Catarrh der Kinder und die Wichtigkeit seiner zeitigen Behandlung. (Catarrh of children and the importance of early treatment.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 22. Oct. 1892.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

7) **Redactionelle Bemerkung. Die Nutzlosigkeit der localen medicamentösen Behandlung beim „Catarrh". (The futility of local medicinal treatment in „catarrh".)** *Omaha Clinic. August 1892.*

Die Behandlung des Catarrhs fällt in das Gebiet der kleinen Chirurgie; der Catarrh ist keine acute Störung, seiner ganzen Natur nach ist er chronisch und es ist die Pflicht aller Aerzte, dass sie einen Fall als Hypertrophie oder Atrophie und auch das Stadium eines jeden diagnosticiren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

8) **N. H. Pierce. Die Behandlung catarrhalischer Erkrankung der oberen Luftwege. (The treatment of catarrhal disease of the upper air-passages.)** *Int. Med. Magazine. October 1892.*

Nichts von besonderem Interesse; Verf. betont die Nothwendigkeit einer constitutionellen Behandlung. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

9) **P. Mc. Bride** (Edinburgh). **Einige Fragen bezüglich der Tuberculose der oberen Luftwege. (Some questions with regard to tuberculosis of the upper air-passages.)** *Edinburgh Med. Journ. August 1892.*

Die Identität von Tuberculose und Lupus wird allgemein zugegeben; klinische und makroskopische Verschiedenheiten indess werden hervorgehoben. Man weiss, dass der Tuberkelbacill, wenn er eine häutige Oberfläche angreift, gewöhnlich zum Ausbruch von Lupus Anlass giebt, wenn er aber eine Schleimhaut inficirt, gewöhnlich typische Tuberculose erzeugt. Im vorderen Theile der Nase ist Lupus wahrscheinlich häufiger als Tuberculose, im Rachen sind beide etwa gleich häufig, während im Kehlkopf die Tuberculose das viel gewöhnlichere Vorkommniss ist.

Fälle von primärem Lupus der Nase, des Rachens und des Kehlkopfs sind beschrieben worden. Auch ist die Aufmerksamkeit auf die Erscheinungsformen der typischen Tuberculose hingelenkt worden. Man hat auf das Fehlen jeder Tendenz zu Ulcerationen beim Lupus Werth gelegt. Verf. weiss wohl, dass Ulcerationen vorkommen, doch sind sie gewöhnlich langsamen Verlaufs und man kann sie leicht mit mechanischen Insulten gegen die exponirten und infiltrirten Partien erklären.

Die Tendenz des Tuberkelbacillus zur Erzeugung von Tuberculose auf Schleimhäuten und von Lupus auf der Haut hängt wahrscheinlich zum Theil mit den verschiedenen anatomischen Verhältnissen zusammen, doch reicht diese Hypothese nicht aus, um das gelegentliche Vorkommen von primärem Lupus auf Schleimhäuten zu erklären. Schliesslich giebt es in der Literatur auch Fälle, die der Verf. für einen in der Mitte zwischen typischer Tuberculose und Lupus stehenden Zustand hält. Autoreferat.

10) **Coutagne. Plötzlicher Tod durch Eindringen von Nahrungsbestandtheilen in die Luftwege. (Mort subite par l'introduction des matières alimentaires dans les voies respiratoires.)** *Soc. de méd. légale. 14. Novemb. Bulletin méd. 1892. No. 92. p. 1413. 1.*

Es handelt sich um eine 44jährige Frau, die seit längerer Zeit an einem anscheinend benignen Magenübel litt und die plötzlich innerhalb weniger Minuten unter Erbrechen und Cyanose des Gesichts auf der Strasse verstarb. Bei der Section fand sich, dass Mageninhalt regurgitirt war nicht nur in den Oesophagus, in den Rachen und die Nase, sondern auch in den Kehlkopf und bis in die Bronchien dritter und vierter Ordnung hinein. Die Lungen sahen aus wie die von Ertrunkenen. Verf. weist darauf hin, dass die Fälle von plötzlichem Tod aus dieser Ursache selten sind, wenn nicht gewisse specielle Verhältnisse vorliegen, die aber bei seinem Falle vollständig fehlten (Untertauchen während der Verdauung, Trunkenheit, allererstes Kindes- oder Greisenalter).

J. BARATOUX.

11) **Th. Harke** (Hamburg). **Die Section der oberen Athmungswege.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 30.*

Harke hat sein in Virchow's Archiv, Bd. 125 und in den Verhandlungen der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte, 1891, XXI., beschriebenes Verfahren, die Nasenhöhle an Leichen ohne äussere Entstellung freizulegen, weiter vervollkommt und vereinfacht. H. empfiehlt bei allen Individuen, deren Krankheiten mit Schnupfen oder anderen Symptomen von Erkrankungen der oberen Athmungswege einhergingen, vor der Herausnahme der Halseingeweide die Section der oberen Athmungswerkzeuge auszuführen, da er sich überzeugt hat, dass bei den meisten Infectionskrankheiten namentlich bei Kindern ausgedehnte und schwere Erkrankungen der Haupt- und Nebenräume der oberen Athmungswege vorkommen.

Seine Technik ist folgende: Nach Herausnahme des Gehirns wird die Gesichtshaut bis auf Augenbogen und Nasenbeine, die Kopfhaut mit Muskulatur bis

zum Hinterhauptsloch und Warzenfortsatze abgelöst. Die Mittelohren werden mit schmalen Meisseln eröffnet. Dann wird die Schädelbasis in sagittaler Ebene bis auf die Nasenbeine und Hinterhauptloch durchsägt, gewöhnlich wird dabei in Abweichung von der genauen Mittellinie die eine Nasenhöhle eröffnet. Mit breitem Meissel biegt man die Schädelhälften auseinander und schneidet stehengebliebene Schleimhaut des Nasen- und Nasenrachenraumdaches durch. Dann folgt die Halbirung des Atlas und Epistropheus vorn und hinten. Nasenbeine, Zahnfortsätze der Oberkiefer und knöcherner Gaumen halten die Schädelhälften noch zusammen und können nun ebenfalls durchtrennt werden.

Die Nasenhöhle einer Seite ist mit den betreffenden Stirn- und Keilbeinhöhlen eröffnet. Durch Abtragung der Nasenscheidewand an ihren Ansatzstellen gewinnt man Einblick in die andere Nasenhöhle, deren Stirn- und Keilbeinhöhle dann leicht zu eröffnen sind, ebenso wie die beiderseitigen Siebbeinzellen. Durch Abtragung der mittleren Muscheln wird das Infundibulum, der unteren Muscheln der Ausgang des Thränennasencanals freigelegt, die Oberkieferhöhlen durch Resection eines Stückes der Nasenseitenwand zugängig gemacht.

Ref. hat Gelegenheit gehabt, im hiesigen pathologischen Institut nach dieser Technik ausgeführte Sectionen zu sehen und theilt die Hoffnungen, welche H. in eine allgemeine Uebung derselben setzt und zwar sowohl was die Schaffung einer breiteren Grundlage für Diagnose und Therapie anlangt, als die Bedeutung derselben für den Unterricht. Es ist klar, von wie grosser Wichtigkeit es ist, bei der Untersuchung des Lebenden ein auf möglichst reicher Anschauung basirtes Bild des Gebietes zu besitzen, welches man untersucht, und hier, wie anderwärts, steht hoch über allen Atlanten und Spirituspräparaten das Studium der frischen Leiche. Ebenso müssen wir uns dem Wunsche des Verf. anschliessen, die Operationen — Katheterismus der Tuben, Punctionen der verschiedenen Höhlen, chirurgische Behandlung der Scheidewand, Entfernung der Rachenmandel, Schlingenoperationen — an der Leiche zu üben, ehe man sie am Lebenden versucht.

LANDGRAF.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **J. B. Roberts. Die kosmetische Chirurgie der Nase. (The cosmetic surgery of the nose.)** *Med. Record. 2. Juli 1892.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Unkenntniss, die im grossen Publikum in Bezug auf diesen Punkt herrscht und die viele dazu führt, hässliche Deformitäten, an denen sie leiden, resignirt ihr ganzes Leben hindurch zu tragen. Verf. fordert die Aerzte auf, zur Verbesserung solcher entstellender Fehler die Patienten anzuregen und operative Maassnahmen zur Besserung derselben zu ergreifen. Leichte Operationen können oft eine erstaunliche Veränderung in der Physiognomie des Patienten hervorrufen und selbst ausgedehnte Operationen sind ohne Gefahr. Bei richtiger Ausführung solcher Operationen giebt es auch keine erheblichen Narben. Schräge Führung der Schnitte, antiseptische Vereini-

gung der Wundränder und die Verlegung der Incisionen in die Hautfurchen machen die äussere Verletzung unmerklich. Ausserdem kann man viele von diesen Operationen in der Nase selbst ausführen, zu der man durch die Nasenlöcher oder vom Munde aus unter der Lippe Zugang nimmt. Kein Chirurg wird mit seinen kosmetischen Operationen Erfolg haben, der nicht die Häufigkeit der tertiären Syphilis der Nase sich gegenwärtig hält. Wer nicht dieses häufige Vorkommniss beständig vor Augen hat, dem kann es passiren, dass er in Gummata einschneidet und dass syphilitische Ulcerationen die von ihm operirte Nase zerstören. Jeder zweifelhafte Fall soll mit grossen Dosen von Quecksilber und Jodkali erprobt werden. — An diese Darlegungen schliesst Verf. eine Beschreibung der verschiedenen Nasendeformitäten, die man erfolgreich behandelt hat, sowie der Mittel, welche dem Operateur zur Verfügung stehen. Die Winkelnase, die jüdische Nase, die Röhrennase und alle anderen Arten von verbogenen und verkrümmten Nasen sollen richtig geleiteten Operationen zugänglich sein. Die Correction der durch syphilitische Processe eingesunkenen und verbogenen Nase bildet einen hervorragenden Gegenstand der Erörterungen und auch die Methoden der Einsetzung von Metallbrücken zum Ersatz des Knochengerüstes werden erwähnt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

13) **Robert F. Weir. Zur Herstellung eingesunkener Nasen ohne Narbenbildung im Gesicht. (On restoring sunken noses without scarring the face.)** *N. Y. Med. Journal. 22. October 1892.*

Weir's interessante Arbeit, die mit einigen Abbildungen versehen ist, beschäftigt sich mit einer schwierigen chirurgischen Frage, die bisher in wirklich befriedigender Weise noch nirgends gelöst worden ist.

Der Verf. beschreibt eingehend mehrere Methoden, die er selbst für den obengenannten Zweck empfiehlt; über die Einzelheiten derselben möge der Leser sich aus dem Original und den beigegebenen Abbildungen orientiren.

König's Operationsmethode mit der Israel'schen Modification und das Verfahren von C. Martin (Lyon) finden Erwähnung; das letztere hat Weir selbst in zwei Fällen mit Erfolg angewandt.

LEFFERTS.

14) **W. H. Daly. Eine passende Methode zur Herrichtung gebrochener Nasen (An eligible method of repairing a broken nose.)** *N. Y. Med. Journ 5. Nov. 1892.*

In einem Artikel, der die wesentlichen Punkte wohl in etwas kürzerer Form hätte geben können, beschreibt Daly seine Methode in ihrer Anwendung auf einen einzelnen Fall.

D. schickt die Bemerkung voraus, dass man zugeben müsse, dass die geltende Behandlungsweise der Nasenbrüche keine gute ist; die zur Anwendung kommenden Methoden sind weder zuverlässig und rationell, noch haben sie die Resultate, die sonst die Chirurgie aufzuweisen hat. Danach beschreibt D. seine Methode folgendermassen: „Ich nahm ein Stück Filz, feuchtete es an und gab ihm die Form der Nase, Stirn und des unteren Theils der Wangen, so dass es genau auf diese Theile passte. Dann nahm ich ein Stück schweres Zinkblech,

schnitt es mit einer starken Zange so, dass es dieselbe Gestalt hatte, nur etwas kleiner war, und bog es so, dass es auf die Krümmungen von Stirn und Nase passte. Dieses punctirte ich an seinem Rande und nähte es auf den Filz. Ein zweites Stück Filz von derselben Gestalt wie das erste nähte ich dann über das Zinkblech. Das Ganze weichte ich dann in „lösliches Glas" (Natriumsilicat) ein und legte es auf Nase, Stirn und Gesicht fest anliegend auf, indem ich es in seiner Lage hielt, bis es hart war.

Zur Correction der Abbiegung des Organs nach links nahm ich einen kleinen Tampon von Filz und rührte ihn mit dem Wasserglas an; diesen Tampon legte ich an die innere Seite der Schiene, so dass ein Druck auf das linke Nasenbein ausgeübt wurde. Dann wurde die Schiene für einen Augenblick entfernt und die Nase noch einmal untersucht und mit einer antiseptischen Lösung ausgespült. Darauf legte ich in jede Nasenseite ein Stück Zinkblech, dass mit Jodoformgaze umwickelt und gerade gross genug war, um die Nase zu füllen und die Bruchstücke in ihrer Lage zu erhalten. Diese internen Verbandstücke reichten von der vorderen Nasenöffnung bis in den Nasenrachenraum."

Von dem Resultat sagt Daly: „Die Nase des Patienten heilte fast vollständig gerade — ein ungewöhnliches Vorkommniss selbst bei sogenannten normalen Nasen."

LEFFERTS.

15) **A. B. Welford. Heufieber. (Hay fever.)** *Canadian Practitioner. 1. August 1892. Med. News. 3. Sept. 1892.*

W. empfiehlt ein Schnupfpulver von:

Menthol	0,20
Morphin. sulfur. . . .	0,03
Cocain. muriat. . . .	0,06
Bismuth. carbonic. . .	0,50

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **R. S. Tyrrell. Eine prädisponirende Ursache für Heufieber. (A predisposing cause of hay fever.)** *Canadian Practitioner. 1. August 1892.*

Eine gewöhnliche Ursache des Heufiebers ist die Lithaemie und als Mittel dagegen empfiehlt sich das salicylsaure Natrium.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) **Tissier. Vom Heuasthma. (De l'asthme des foins.)** *Annales de méd. 1892. No. 39, 41, 43. p. 310, 325, 341.*

Folgendermassen sucht T. das Asthma zu erklären: Bei gewissen prädisponirten Personen mit besonders reizbarem Nervensystem, sei diese Anlage nun ererbt oder erworben, bringen gewisse Staubarten und zwar besonders der Blüthenstaub einiger Pflanzen, die gegen den Monat Mai im Ueberfluss in der Luft vorkommen, einen Reizzustand der Schleimhäute hervor, in erster Linie der so besonders empfindlichen Riechschleimhaut, auf der die Verunreinigungen der Inspirationsluft zurückgehalten werden sollen. Was die Pflanze anlangt, so wäre diese nicht nur eine bestimmte; es handele sich weniger um einen irgendwie specifischen Einfluss dieser oder jener Pflanze, als vielmehr um eine Wirkung

physikalischer Art und vielleicht auch chemischer, wie sie jedem Pollenstaub eigen ist. Die Hauptsache ist die Empfänglichkeit der Schleimhäute, die die Entwicklung des catarrhalischen Zustandes ermöglicht.

Es ist zu behandeln der Anfall und die Krankheit selbst. Nach Anästhesirung der Schleimhaut mit einer starken Cocainlösung wird auf chemischem oder galvanischem Wege cauterisirt; Spülungen mit einer Lösung von Natriumphosphat, 1 auf 500 lauwarmes Wasser, haben die Eigenschaft in ausgesprochener Weise die starke Füllung der Gefässe zu verringern. J. BARATOUX.

18) **H. L. Swain. Asthma: sein intranasaler Ursprung und seine chirurgische Behandlung. (Asthma: its intranasal origin and surgical treatment.)** *Med. and Surg. Reporter. 20. August 1892.*

S. berichtet über 29 Fälle, 23 von beständigem Asthma und 6 von Heuasthma. Von der ersten Gruppe wurden 13 geheilt, 5 hatten seit dem Beginn der Behandlung keinen Anfall und 3 wurden gebessert.

Von den Heuasthma-Fällen wurde die Hälfte gebessert, 2 geheilt und 1 bekam ein Recidiv. Verf. verlangt für alle Fälle eine Untersuchung der Nase und die Beseitigung von Verstopfungen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) **Rethi. Nasales Asthma abwechselnd mit circumscriptem Oedem der Haut. (Nasal asthma alternating with circumscribed oedema of the skin.)** *N. Y. Med. Record. 5. November 1892.*

Verf. stellt die verschiedenen Theorien über das Asthma zusammen und kommt zu der Annahme, dass in der Mehrzahl der Fälle von nasalem Asthma es sich um einen nervösen Reflex von der Nase aus handelt. Der Fall, den R. beschreibt, betrifft ein Mädchen von 22 Jahren, die an Asthmaanfällen litt; die Nase war bei ihr jedesmal verstopft, dieselbe wurde aber wieder frei, wenn der Anfall vorüber war. Nicht ohne einige Bedenken empfahl R. eine Cauterisation der Nasenschleimhaut. Eine Zeit lang nach diesem Eingriff trat jede Nacht ein ausgedehntes Oedem der Haut oder ein asthmatischer Anfall in regelmässigem Wechsel ein; als aber die Nasenstenose gänzlich beseitigt war, verschwanden beide Krankheitserscheinungen endgültig. LEFFERTS.

20) **P. Tissier. Einiges zur Pathogenese und Therapie des Asthma. (Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement de l'asthme.)** *Annal. de méd. 1892. p. 247.*

In zwei grosse Gruppen theilen sich heute die Autoren; nach der Theorie der einen wird der Asthmaanfall durch einen Krampfzustand der Athemmuskulatur hervorgerufen; die andere neuere Theorie sucht in dem Anfall den Ausdruck vasomotorischer Störungen. Unter den Anhängern der Krampftheorie localisiren die einen den Krampf in die Reissessen'schen Muskeln, während die anderen ihn auf Rechnung einer centripetalen Reizung des Vagus oder eines seiner Aeste, des N. laryngeus superior, setzen. Man kann nicht leugnen, dass es ein symptomatisches Asthma bei den Krankheiten der oberen Luftwege giebt. Die experimentellen Untersuchungen von Fr. Franck haben das Bestehen eines Reflexasthmas erwiesen. Die reizbarsten Stellen der normalen Schleimhaut können in

folgender Reihenfolge aufgeführt werden: Vorderes Ende und freier Rand der unteren Nasenmuschel, hinteres Ende der unteren und mittleren Muschel, hinteres Ende des Nasenseptums und Meatus inferior. Ist die Schleimhaut vorher entzündet, dann sind alle zugänglichen Punkte in gleichem Grade reizempfindlich. Jeder Reiz der Nasenschleimhaut, welcher Art er auch sei, erzeugt:

1. Einen reflectorischen Kehlkopfkrampf, der zum Schluss der Glottis führt.
2. Einen Bronchialspasmus, der stark genug ist, um sich durch eine Depression der Zwischenrippenräume und einen richtigen Erstickungsanfall bei dem nicht curarisirten Thiere geltend zu machen.
3. Reflectorische Störungen der äusseren Athembewegungen, die ziemlich wechselnder Art sind, aber vor allem einen spasmodischen Charakter tragen.
4. Eine spasmodische Contraction der Lungengefässe.

Der Asthmaanfall nasalen Ursprungs ist das Resultat einer reflectorischen Reizung der Centren der Athemmuskulatur, welche von der Nasenschleimhaut ausgeht; diese Centren selbst sind in einem Zustand abnormer Reizbarkeit wahrscheinlich wegen der fortwährenden Wiederholung und des Andauerns des Reizes. Zur Auslösung des Asthmas gehört eine krankhafte Prädisposition der Centren oder der Nerven der Respirationsmuskulatur.

Die Behandlung besteht in der Beseitigung der localen Ursache, des Ausgangspunktes für den Reiz, d. h. in der Behandlung der nasalen Veränderungen, weiter aber sucht man zu beschränken oder zum Verschwinden zu bringen den Zustand abnormer Reizbarkeit des Nervenapparats. Zu diesem Zweck dienen Pinselungen der Nasenschleimhaut mit einer ziemlich starken Cocainlösung; führt dies nicht zum Ziel, so empfehlen sich subcutane Morphiuminjectionen und Dämpfe von Datura Strammonium-Blättern. Auch Jodkali, Belladonna, Arsen u. s. w. sind zu versuchen.

J. BARATOUX.

21) **Redactionelle Bemerkung. Behandlung von Heufieber und Heuasthma. (Treatment of Hay Fever and Hay Asthma.)** *Med. Age. 10. Sept. 1892.*

In den Anfällen von Heuasthma soll eine Combination von Grindelia robusta und Lobelia, in heissem Wasser und Spiritus gereicht, oft Erleichterung gewähren.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **J. B. Mattison. Cocain beim Heufieber. (Cocaine in hay fever.)** *Canadian Practitioner. 1. October 1892.*

M. macht auf die Gefahr des Cocainismus und Morphinismus bei der Verordnung von Cocain und Morphium als Schnupfpulver aufmerksam.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) **D. Braden Kyle. Die Behandlung des Heufiebers mittelst Cocain-Phenols. (The treatment of Hay-fever by means of cocaine phenate.)** *Phil. Med. News. 17. December 1892.*

Drei Hauptpunkte sind für die Entstehung des Heufiebers nöthig:

1. Ein äusserer Reiz.

2. Eine Prädisposition seitens des Systems, auf das dieser Reiz wirken soll.
3. Eine sensitive Stelle, durch welche dieser Reiz dem prädisponirten Organismus mitgetheilt wird.

Als der beste Behandlungsplan stellt sich danach sogleich aus theoretischen wie aus praktischen Gründen die Beseitigung der sensitiven Stelle dar. Viele Patienten widersetzen sich der Anwendung des Galvanocauters und der Arzt muss dann eine weniger radicale Therapie wählen, um die Reizbarkeit der sensitiven Partie herabzusetzen. Die Combination von Carbolsäure und Cocain scheint für den genannten Zweck wunderbar geeignet zu sein.

Nachdem K. mit gutem Erfolge ein wässriges Extract der Hopfenhainbuche (witch-hazel) gebraucht hat, das er wegen seiner adstringirenden Eigenschaft gewählt hatte, combinirte er mit dieser Drogue das Cocain-Phenol. Da Cocain in dem Extract unlöslich ist, wurde es zuerst in Alcohol gelöst und dann in der gewünschten Menge dem Extract zugesetzt. Die Lösungen, die zur Verwendung kamen, variirten in ihrer Stärke von 1 bis 10 Procent. Die Fälle, in denen diese Combination versucht wurde, betrafen Patienten, welche die Behandlung der sensiblen Stellen mit dem Galvanokauter verweigert hatten.

In den Fällen, in denen die Lösung in die sensitiven Partien injicirt wurde, war der Erfolg ein schnellerer. Dieses Resultat stimmt mit der Theorie überein, die sich K. gebildet hat, dass das Mittel das Albumin in den Geweben coagulirt, wodurch die Resorption erschwert wird und das Cocain längere Zeit mit den Geweben in Contact bleibt, wodurch auch gleichzeitig die Gefahr einer Vergiftung verringert wird.

LEFFERTS.

24) **Bollinger** (München). **Ueber Fremdkörper in der Nase und deren Beziehungen zum Bronchialasthma.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 45. 1892.*

Die acht Jahre anhaltenden Asthmaanfälle einer 62jährigen Frau wurden weniger schwer und cessirten längere Zeit nach dem Aushusten eines Rhinolithen, dessen Centrum ein Kirschkern bildete. Wahrscheinlich war der Kirschkern schon in frühester Jugend in die Nase gelangt — vielleicht schon vor 60 Jahren — hatte aber erst dann Asthma erzeugt, als er in Folge der kalkigen Incrustation und höckerigen Beschaffenheit der Schleimhaut in hohem Grade reizte; die Fortdauer des Asthma nach Ausstossung des Fremdkörpers dürfte sich aus den entzündlichen Veränderungen der Schleimhaut erklären. SCHECH.

25) **Hajek** (Wien). **Laryngo-rhinologische Mittheilungen aus Prof. Schnitzler's Poliklinik.** *Intern. klin. Rundschau. 1892. No. 38 u. 40.*

1. Nasensteine. — 3 Fälle. Einer der Steine maass 27 cm zu 2 cm und lag in der linken Nasenseite wahrscheinlich seit 20 Jahren und hatte das Septum durchbrochen.

2. Tuberculose der Nasenschleimhaut. Er sah seit 1889 8 neue Fälle und zwar 7 als tuberculöse Geschwulst der Scheidewand bei geringen anderweitigen Erscheinungen von Tuberculose — Bacillen sind selbst in den tieferen Partien nur spärlich zu finden. Prognose gut, da locale Mittel das Leiden beseitigen.

Dagegen entstehen bei hochgradiger Tuberculose der Lungen mehr ausgebreitete Geschwüre am Septum und den Muscheln mit zahlreichen Bacillen. Prognose ist dann schlechter. CHIARI.

26) **Reintjes. Rhinolith. (Een rhinolith.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Februarsitzung der Nijmegener Medicin. Gesellschaft zeigt R. einen Rhinolith vor, welchen er bei einem 10jährigen Jungen entfernt hatte; „es bestand sehr starke Ozaena". BAYER.

27) **Price-Brown. Nasensteine. (Rhinoliths.)** *Canadian Practitioner. 1. Oct. 1892.*

Zwei Fälle; nichts von besonderem Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **Kuhn. Ein Fall von Rhinolithenbildung.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 43.*

Rhinolith hatte sich bei einer 60jährigen Frau um einen Kirschkern gebildet. LANDGRAF.

29) **W. H. Grayson. Ein Fall von Myiasis narium. (A case of myiasis narium.)** *St. Louis Med. and Surg. Journ. August 1891.*

Krankengeschichte eines Falles. G. gab eine Campher-Carbollösung, die die Würmer sofort tödtete. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

30) **M. A. Goldstein. Die Behandlung der mit Schraubenwürmern behafteten Patienten. (The treatment of patients affected with screw-worm.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Juli 1892.*

Verf. schildert im „Insect Life", dass er mit vielen in Texas und Louisiana prakticirenden Collegen eifrig correspondirt habe über die beste Therapie für Personen, die an den Texas-Schraubenwürmern oder Compsomyia (Lucilia) macellaria leiden. Eine recht lange Liste von Mitteln hat sich bei diesen Erkundigungen ergeben, darunter Aether, Chloroform, Carbolsäure, Sublimat und Terpenthinöl. G. hat auch alle diese Mittel versucht und erklärt sie auf der einen Seite für zu stark, auf der andern aber für nicht schnell genug wirksam, um für den Gebrauch an so sensitiven Stellen, wie es die Nase und der Rachen sind, die doch zumeist von den Pseudo-Parasiten befallen werden, empfohlen zu werden. G. machte z. B. einige Versuche mit reiner Carbolsäure und fand, dass der Wurm noch nach einem Verbleiben von 4 Minuten in derselben nicht todt war. In reinem Terpenthinöl lebte der Wurm noch nach 15 Minuten. Chloroform indessen tödtete ihn in $^1/_2$ Minute. In verdünnter Form leisten diese Mittel alle nur wenig. So hat Verf. mit keinem dieser Mittel gute Resultate erzielt und er musste stets chirurgische Massnahmen ins Werk setzen, ehe er mit seiner Behandlung zu einem befriedigenden Abschluss kam. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **O. Chiari** (Wien). **Ueber Massage, Vibrationen und innere Schleimhautmassage der oberen Luftwege nach M. Braun und Laker.** *Wiener klinische Wochenschr. 1892. No. 36.*

Besonders auf Grundlage eigener Erfahrungen während 2jähriger Anwendung dieser Methode kommt O. Chiari zu dem Schlusse, dass die Vibrationen nicht mehr leisten, als ebenso lange ausgeführte Pinselungen. Auch bei Ozaena erreichte er nicht mehr als mit den früheren Methoden und befindet sich darin auch im Gegensatze zu Curt Demme, der übrigens auch bemerkt, dass ihn in anderen Fällen die Vibration oft im Stiche liess. Die Reinigung der Nase und sorgfältige Entfernung der Krusten bei Ozaena ist nichts Neues und allen Methoden gleich. Nach Ch.'s Ansicht wirken bei den Vibrationen auch sehr bedeutend die Medicamente mit, die zur Benetzung der Wattebäuschchen dienen, als Cocain, Menthol, Jodglycerin, Oele u. dergl. Autoreferat.

32) **M. Braun** (Triest). **Erwiderung des Dr. M. Braun aus Triest an den Herrn Professor O. Chiari in Wien.** *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 40.*

33) **O. Chiari** (Wien). **Erwiderung an Herrn Dr. M. Braun in Triest.** *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 42.*

M. Braun nimmt seine Vibrationen in Schutz und führt besonders seine Erfolge bei Ozaena an, wählt aber als Beispiele Fälle, in denen er 134, 160 und 200 ja einmal 250 Sitzungen brauchte und kann sich Chiari's geringere Erfolge nur aus nicht genauer Befolgung seiner Methode erklären.

Chiari entgegnet darauf, dass er die Pinselungen in Rachen und Nase wie viele andere Laryngologen mit Wattebäuschchen vornehme, und dass auch Jurasz, B. Fränkel und Voltolini sehr günstige Erfolge der Ozaenatherapie ohne Vibration melden, ganz abgesehen von seinen eigenen Erfolgen. Genaueres ist im Original nachzulesen. Autoreferat.

34) **O. Storch** (Kopenhagen). **Ueber Schleimhautmassage, insbesondere bei der Behandlung von Ozaena. (Om Slimhindemassage, i saerdeles hed ved Behandling af Ozoena.)** Forhandl. ved 14. Skandinaviske Naturforskermode, Kjöbenhavn 4.—9. Juli 1892.

Empfiehlt die Schleimhautmassage. SCHMIEGELOW.

35) **Laker. Die innere Nasenschleimhautmassage und ihre Bedeutung für die Ohrenheilkunde.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 43.*

L. spricht der Massage der Nasenschleimhaut, die umstimmend auf dieselbe wirke, eine grosse Bedeutung zu, namentlich für die Beeinflussung der Disposition zu Recidiven. LANDGRAF.

36) **C. Laker** (Graz). **Innere Schleimhautmassage und Pinselung. Erwiderung auf Prof. Chiari's Angriff.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 47 u. 48.*

37) **O. Chiari** (Wien). **Entgegnung auf Dr. Laker's Erwiderung.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 50.*

Polemische Artikel. Laker behauptet, dass er durch seine Vibrationen bessere Erfolge als durch die früheren Methoden erziele.

O. Chiari betont unter Berufung auf die früheren Artikel die Gleichwerthigkeit der Vibrationen mit Pinselungen und weist nach, dass Laker auch nach der Ansicht seiner Grazer Collegen (Wölfler, Habermann, Escherich) oft die durch Exstirpationen von Hypertrophien erzielten Erfolge der Vibration allein zuschreibt.

CHIARI.

38) Hartmann (Berlin). **Ueber die anatomischen Verhältnisse der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung.** *Arch. f. klin. Chirurgie. XXXXV. 1. 1892.*

H. zeigt an einem Fall von Empyem der Stirnbeinhöhle, was mit der Sondirung und der Probeausspülung derselben geleistet werden kann. In den meisten Fällen wird eine Eröffnung der Stirnhöhle von vorne nicht nöthig sein, es werden vielmehr, wenn ein genügender Zugang von der Nase aus zu schaffen ist, Ausspülungen allein genügen zur Heilung von Stirnhöhlenempyemen.

Als Grundtypus des Verhaltens der Ausmündung der Stirnhöhle glaubt H. die Anordnung betrachten zu müssen, dass überhaupt kein Nasofrontalcanal vorhanden ist, sondern die Stirnhöhle sich bis zum vorderen Ende der mittleren Muschel erstreckt und frei durch eine breite Spalte an den äusseren Theil des mittleren Nasenganges mündet. Der unterhalb der Nasenwurzel gelegene Theil der Stirnhöhle wird verengt durch Siebbeinzellen, welche sich von allen Wandungen aus vorschieben oder auf allen Wandungen entwickeln können. Die Ausmündung dieser Zellen findet in dem Ductus selbst statt, so dass bei der Sondirung die Sonde in jede dieser Höhlen eindringen kann, man wird deshalb, wenn es nur gelingt, die Sonde 1—2 cm über den Anfang der mittleren Muschel vorzuschieben, nicht mit Sicherheit behaupten können, dass man sich in der Stirnhöhle befindet. Immerhin wird die Sondirung der Stirnhöhle in einer beträchtlichen Anzahl von Fällen gelingen.

SEIFERT.

39) Cholewa. **Ueber die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 8 u. 9. 1892.*

Auf Grund anatomischer und klinischer Studien kommt Ch. zu dem Schlusse, dass die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen etwa in 60 pCt. der Fälle leicht auszuführen sei. Dies widerspricht den Erfahrungen von Hansberg, Jurasz und dem Referenten. Richtig ist, dass die Stirnhöhlenmündung am Lebenden niemals gesehen werden kann. Ch. giebt seiner Sonde noch eine kleine seitliche Abbiegung entsprechend jener Seite, auf der sondirt werden soll. Referent hat vor der geübten Hand des Verfassers allen Respect, muss aber bezweifeln, dass andere Praktiker dieselben günstigen Sondirungserfolge aufzuweisen haben. Die anatomischen gegen Hansberg und Zuckerkandl gerichteten Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

40) Gallemaerts. **Von den Erkrankungen des Sinus frontalis. (Des maladies du sinus frontal.)** *Journal méd. de Bruxelle. La Presse Méd. Belge. No. 31. 1892.*

Die Behandlung betreffend heisst es dem Eiter freien Abzug verschaffen. Dem Catheterismus des Sin. front. ist der Autor nicht gewogen; er ist für die

Perforation der dünnsten Sinuswand mit dem Bistouri; hilft das nicht, so muss ausgekratzt und ein Drain in die Nase eingeführt werden. BAYER.

41) **Ernst Winckler** (Bremen). **Ueber das Empyem des Sinus frontalis.** *Münch. med. Wochenschr. No. 47, 48. 1892.*

W. empfiehlt bei Stirnhöhlenempyemen die Eröffnung der Höhle von der Nase aus mit darauf folgender Ausspülung. Zu ersterer verwendet er eine dickere feste Metallsonde, zu letzterer gebogene Röhrchen von 6—7 cm Länge. Unbegreiflicherweise giebt W. als Stelle zur Eröffnung der unteren Stirnhöhlenwand den Raum zwischen Septum und mittlerer Muschel hoch oben am Nasenrücken an! Wir wollen annehmen, dass hier ein Druckfehler oder Lapsus calami vorliegt, obwohl dies bei der consequenten Wiederholung dieser Angabe höchst auffallend erscheinen muss und wollen hoffen, dass bis jetzt noch kein College auf den Gedanken kam an der bezeichneten Stelle einzustossen! Aber auch bei richtiger Einführung der Sonde und der Canüle in den Raum zwischen mittlerer Muschel und äusserer Nasenwand muss Ref. die intranasale Operation als äusserst gefährlich verwerfen und für die breite Eröffnung der Stirnhöhle von aussen eintreten.

Gesteht Verf. doch selbst am Schlusse seiner Publication, dass er seine Behandlung nur versuchsweise einleite, denn die Fälle, bei welchen durch letztere eine Heilung zu erzielen sei, seien einstweilen noch zu zählen! Wozu also eine in ihrem Endresultate unsichere und geradezu gefährliche Operation? Dass die Patienten die Eröffnung von aussen verweigern und sich lieber von innen operiren lassen, hat Ref. selbst zur Genüge erfahren, das kann und darf aber für den Arzt nicht maassgebend sein! SCHECH.

42) **Prochnow** (Budapest). **Einige interessantere Fälle von Geschwülsten.** *Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. 33. 4. 5. 1892.*

I. Zwei Fälle von Ektasie der Stirnbeinhöhle.

Bei einem 25jährigen Manne wurde eine schmale, zweifaustgrosse kegelförmige Geschwulst an der rechten Hälfte der Stirn beobachtet, aus welcher sich übelriechende eitrige Flüssigkeit entleerte. Eine bestimmte Diagnose konnte nicht gestellt werden. Pat. wurde ungeheilt entlassen.

Im 2. Fall, bei einem 19jährigen Mann, handelte es sich um ein Osteom der rechten Stirnhöhle, welches durch Operation entfernt wurde.

II. Zahncyste in der linken Highmorshöhle.

Der Titel giebt den Inhalt an. SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

43) **Langford Symes** (Dublin). **Ueber eine „pythogene" Form von Zungenentzündung. (On a „pythogenic" form of glossitis.)** *Dublin Journal of Medical Science. October 1892.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von Glossitis nach Einwirkung schlechter

Gerüche. In einem der beiden Fälle lag folgender Befund vor: „Die Wundfläche secernirte reichlich ein missfarbiges Blut, aber keinen richtigen Eiter".

P. MC. BRIDE.

44) **Frank. Ulceration unter der Zunge nach Antipyringebrauch. (Na antipyrine-gebruik ulceratie onder te tong.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Februarsitzung der Harlemer Med. Gesellschaft theilt F. mit, dass er nach Antipyringebrauch bei einem Patienten stets eine Ulceration unter der Zunge hat auftreten sehen, welche bei symptomatischer Behandlung heilte.

BAYER.

45) **Rijkens. Zungendefect. (Defect in de tong.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Med. Gesellschaft von Lutfen berichtet R. von einem Patienten mit einem Zungendefect von 3 cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite. Die Wunde wird mit dem Glüheisen gebrannt. Recidiv. Darauf Heilung nach Cauterisation mit Arg. nitr. Die Detritusmasse, welche die Wunde bedeckte, scheint bei der mikroskopischen Untersuchung aus Amylumkörperchen zu bestehen. BAYER.

46) **Fürst** (Leipzig). **Lymphangioma linguae congenitum.** *Arch. f. Kinderheilk. XIV. 1892.*

Bei dem 5jährigen Mädchen handelte es sich um eine circumscripte erbsengrosse Geschwulst der Zunge, welche mikroskopisch die charakteristischen Merkmale des Lymphangioms darbot. SEIFERT.

47) **Habart** (Wien). **Demonstration eines Patienten mit einer wallnussgrossen harten verschiebbaren und schmerzlosen Geschwulst in der Zunge; Lipom oder Fibrom.** Wissenschaftlicher Verein der k. u. k. Militärärzte der Garnison Wien. Sitzung vom 6. Febr. 1892. — *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 29.*

Der Titel deckt den Inhalt. CHIARI.

48) **Perrin. Leukokeratosen an Zunge und Lippe mit papillomatösen Bildungen und epithelialer Degeneration; dauernde Heilung. (Leucokeratoses linguale et labiale avec état papillomateux et dégénérescence épithéliale; guérison durable.)** *Echo médical. 1892. p. 593.*

Verf. räth diese Leukokeratosen auf chirurgischem Wege zu entfernen; man erspart auf diese Weise dem Kranken lange moralische Qualen durch örtliche Medicationen, die ebenso anstrengend und ermüdend, wie unwirksam sind; man beugt gleichzeitig so am besten der Complication vor, die man am meisten zu fürchten hat, dass ist der Umwandlung in ein Epitheliom. J. BARATOUX.

49) **Jonathan Whright. Ein Fall von fibrösem Epitheliom an der Zungenwurzel. (A case of fibrous epithelioma at the root of the tongue.)** *N. Y. Med. Journ. 12. November 1892.*

„Nach dieser Krankengeschichte war anzunehmen, dass die Ursache der Störungen eine Hypertrophie des lymphoiden Gewebes an der Zungenbasis bilde und die grosse Reizbarkeit der Theile auf die intensive Dyspepsie, die Magen-

und Darmstörungen, die Constipation und das allgemeine neurotische Temperament des Patienten zurückzuführen sei. Nichtsdestoweniger blieb der erste Verdacht auf Malignität der Erkrankung bestehen und er wurde niemals ganz aufgegeben."

Bei späterer Untersuchung fand sich, dass die Geschwulst tief in der Substanz der Zunge an deren Basis sass und auch das Zungenbein mit umfasste. Sie fühlte sich ausserordentlich derb und fibrös an. Eine Infiltration der Submaxillardrüse selbst bestand nicht. Nach oben und vorn sendete die Geschwulst zwei Fortsätze in die Zunge, einen an jeder Seite; es sind dies die in der Krankengeschichte erwähnten Kämme. Eine Ulceration oder eine Continuitätstrennung war nirgendwo an der Oberfläche zu bemerken.

Daraufhin wurde die Exstirpation der ganzen Zunge, des Zungenbeins und der Epiglottis, sowie eines Theiles der seitlich vom Larynx gelegenen Gewebe vorgenommen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein fibröses Epitheliom handelte.

Ein Recidiv trat nicht ein, doch wurde der Patient hysterisch und schwer melancholisch, er verlor an Kräften und Lebenslust, ohne dass sich eine nachweisbare Krankheit entwickelte. Er starb schliesslich in einem Schwächezustand ohne ersichtliche Ursache; über Schmerzen oder irgend welche Beschwerden hatte er nie geklagt. LEFFERTS.

50) **J. P. Tunis. Excision der Zunge wegen Carcinom. (Excision of the tongue for carcinoma.)** *University Med. Magazine. November 1892.*

Der Patient war 69 Jahre alt; er starb 6 Monate nach der Operation an einer Blutung aus dem Munde. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

51) **Büdinger** (Wien). **Die Zungencarcinom-Operationen der Klinik Prof. Billroth's von 1881—1892.** Beiträge zur Chirurgie. Festschr. f. Billroth. 1892.

Im Ganzen wurden während der letzten 10 Jahre 116 Männer und 6 Weiber wegen Zungen- und Mundbodencarcinom operirt, ausserdem befanden sich noch 11 Männer und 2 Weiber in klinischer Behandlung, welche wegen zu weit vorgeschrittener Erkrankung nicht mehr operirt werden konnten. Gegen die früheren Operationsmethoden hat sich die jetzt geübte Methode der Operation wesentlich vereinfacht, indem der grösste Antheil der einfachen Exstirpation vom Munde aus zukommt und die den Mund umgebenden Weichtheile nur insofern in die Operation einbezogen wurden, als sie sich erkrankt zeigten. Recidivfrei blieben von 64 Patienten, über welche Nachrichten vorliegen, 16,6 pCt., mehr als 1 Jahr blieben lebend 28 pCt. SEIFERT.

52) **Gmelin** (Tübingen). **Zur Morphologie der Papilla vallata und foliata.** *Arch. f. mikrosk. Anat. XL. 1. Heft. 1892.*

Aus den Ergebnissen von Untersuchungen, welche in grosser Anzahl an den Zungen verschiedener Thiere angestellt wurden, hebt Gmelin folgende Hauptpunkte heror:

1) Die Pap. vallata ist nicht aus der Pap. fungiformis hervorgegangen, ebensowenig die P. foliata aus der P. vallata. Die beiden letzten Organe sind

in ihrer Entstehung unabhängig von einander, jede Papille hat ihren bestimmten Standort; 2) als Grundform des Geschmackorganes ist nicht ein papillenförmiger Fortsatz der Schleimhaut anzusehen, sondern formbestimmend für das Organ ist die Anlage des die Papille umschliessenden Grabens. Dieser ist der morphologisch wichtigste Theil des Organs und ist hervorgegangen aus der Verschmelzung einzelner mit Sinnesepithelien ausgestatteten Drüsenausführungsgänge. 3) Die Geschmacksfurche ist homolog den auf dem Zungengrund sich findenden Höhlen der Balgdrüse und Tonsille, welche ursprünglich nichts anderes als gemeinschaftliche Ausführungsgänge der Zungendrüsen darstellen und eine ähnliche Ernährung und gleiche Veranlagung wie die Geschmacksfurche haben. SEIFERT.

53) C. J. Swan. **Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of the lingual tonsil.)** *Med. Visitor. Juli 1892.*

Verf. berichtet über einen Fall, den er galvanokaustisch behandelt hat.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

54) F. M. Mullins. **Hypertrophie der Zungentonsille. (Hypertrophy of the tonsil of the tongue.)** *Texas Courier-Record of Med. September 1892.*

Bericht über ein paar Fälle; ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

55) Reintjes. **Ueber Globus hystericus. (Over globus hystericus.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Juni-Sitzung der Nijmegener Med. Gesellschaft spricht Reintjes über den Glob. hystericus. Die Glandulae linguales können so geschwollen sein, dass sie die Epiglottis berühren und die Erscheinungen vom Glob. hyst. bewirken; mit Wegnahme der Drüsen verschwindet der Globus. BAYER.

56) W. Scheppegrell. **Die Hypertrophie der Zungentonsille, ein Bericht über fünfzehn Fälle. (Hypertrophy of the lingual tonsil with report of fifteen cases.)** *Phil. Med. News. 29. October 1892.*

Von 15 Fällen von Hypertrophie der Zungentonsille, die nacheinander zur Beobachtung kamen, betrafen 5 Männer und 10 Frauen; 14 von den Patienten waren Weisse, 1 ein Mulatte, kein Schwarzer. Das Alter lag zwischen 19 und 51 Jahren: zwischen 19 und 30 waren 10 Pat. alt, zwischen 30 und 40 nur einer, zwischen 40 und 51 vier. Unter diesen 15 Fällen waren alle Symptome allein auf die Hypertrophie der Zungentonsille zurückzuführen in 7 Fällen. Bei den übrigen 8 war die Hypertrophie der Zungentonsille mit Hypertrophie der Gaumentonsillen verbunden in 1 Falle; mit Hypertrophie der Rachentonsille ebenfalls in 2 Fällen; mit Pharyngitis in 1 Fall; mit hypertrophischer Rhinitis in 2 Fällen; mit atrophischer Rhinitis in 1 Fall und mit Otitis media in 3 Fällen.

Die Behandlung bestand in gründlicher Cauterisation der hypertrophischen Stellen mit dem Electrocauter. LEFFERTS.

57) Gurovitsch (Odessa). **Zur Pathologie der Zungentonsille im Zusammenhang mit Angina epiglottica und Glossitis acuta.** *Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 44.*

Der Autor führt durch eine Reihe von Krankengeschichten den Nachweis

des häufigeren Vorkommens auch entzündlicher Processe der Tonsilla lingualis, welche ganz analog den Processen an der Tons. pharyngea verlaufen, zu Oedem der benachbarten Theile, ja auch zu Abscedirungen führen können.

LANDGRAF.

58) J. E. Newcomb. **Syphilis der Zungentonsille. (Syphilis of the lingual tonsil.)** *Med. News. 2. Juli 1892.*

Die vierte Tonsille, die Zungentonsille, ist eine lokale Verdickung und Verbreiterung des adenoiden Gewebes an der Zunge. Infolge ihrer geschützten Lage ist dieselbe selten, wenn überhaupt je, der Sitz der primären Infection; oft aber ist sie Sitz secundärer Processe, seltener wieder der Sitz gummatöser Bildungen mit ihren späteren Durchbruchserscheinungen.

Man übersieht diesen Zustand häufig, weil die Symptome sich von den bei Affectionen der Rachenwand beobachteten nicht unterscheiden.

Verf. giebt eine einschlägige Krankenbeobachtung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

59) J. Spisharny. **Ueber Geschwülste des Zungenbeins.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1892. No. 38.*

In dem ausführlich mitgetheilten Fall handelt es sich um ein Chondrom. Ausser diesem existirt nur 1 Fall in der Literatur von primärer Geschwulst des Zungenbeins, den Böckel 1862 in der Gazette de Strasbourg beschrieben hat.

LANDGRAF.

60) .... **Ein aseptischer Zungenspatel. (An aseptic tongue spatula.)** *Brit. Med. Journ. 9. Juli 1892.*

Kleine Holzspatel, die nach dem Gebrauch verbrannt werden sollen, um eine Uebertragung infectiöser Keime absolut auszuschliessen.

MACKENZIE JOHNSTON.

61) C. J. Pearson (Cork). **Eine Zange für die Zunge. (Tongue Forceps.)** *Lancet. 31. December 1892.*

Beschreibung eines Instrumentes zum Hervorziehen der Zunge sowohl für Operationen, als für die Narkose.

MACKENZIE JOHNSTON.

62) **Redactionelle Notiz. Die Anatomie der Tonsillen mit Bezug auf ihre chirurgische Behandlung. (The anatomy of the tonsils with reference to their surgical treatment.)** *Med. and Surg. Reporter. 2. Juli 1892.*

Eine Besprechung des in dem Am. Journal of Med. Sciences publicirten Aufsatzes von H. Allen über „die Mandeln in gesundem und krankem Zustande."

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) J. North. **Physiologie und Pathologie der Tonsillen. (Physiology and pathology of the tonsils.)** *Journal Am. Med. Assoc. 15. October 1892.*

Unter den Schlussfolgerungen, zu denen N. gelangt, finden sich auch folgende: die Gaumentonsille ist eine Collection von 12 bis 16 gesonderten und verschiedenen einfachen und zusammengesetzten Follikeln und Kapseln, die sich zwischen den vorderen und hinteren Gaumenbögen befinden. In gesundem Zu-

stande ist dieser Raum zwischen den Gaumenbögen eine umgekehrte Mulde und die gesunde Tonsille ragt gar nicht oder nur wenig über die Oberfläche heraus. — Dass die Tonsille ein blutbereitendes Organ ist, erscheint durch nichts bewiesen. — Kinder mit vergrösserten und erkrankten Tonsillen sind als nicht so gut genährt oder so gut entwickelt und als nicht so gesund anzusehen, wie Kinder mit gesunden Tonsillen. — Erkrankungen der Tonsillen sind gewöhnlich eine Folge von Mikroorganismen oder einer zu Grunde liegenden Dyskrasie oder einer constitutionellen krankhaften Anlage. — Entzündungen der Tonsille können in den Follikeln oder im adenoiden Gewebe Platz greifen. — Eine wahre Hypertrophie der Tonsillen ist selten, oft haben wir es mit einer Hyperplasie zu thun. Jede vergrösserte Tonsille ist ein pathologisches Produkt und darum als Tumor zu bezeichnen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) **Romane. Physiologische und bakteriologische Studien über die Mandeln. (Etude physiologique et bactériologique de l'amygdale.)** *Thèse de Paris. 1892.*

Nach R. ist die Mandel eine lymphatische Drüse, die dem Organismus ausserordentlich werthvolle Dienste leistet. Die Phagocyten, die darin sitzen, sind beständig auf Wache, sie hüten die Eintrittspforte in den Digestionskanal und absorbiren die Mikroorganismen, die diesen angreifen könnten. Desshalb muss die Tonsille und wenn sie selbst sehr hypertrophirt ist, wo sie ihre Rolle noch ausfüllen kann, auf alle Fälle konservirt werden; doch kann man den Kranken durch Discission, Ignipunctur, mittelst der galvanischen Schlinge oder sonst durch irgend einen Eingriff erleichtern. Dahingegen muss die Tonsille sofort entfernt werden, sobald dieselbe hart geworden ist, zu knorpliger Consistenz sclerosirt, denn dann leistet sie nicht nur nicht ihren Dienst mehr, sondern wird ihrerseits ein Heerd zur Weiterverbreitung der Erkrankung.

J. BARATOUX.

65) **Geschwind. Die Rolle der Mandeln und die Gefahren ihrer Exstirpation. (Du rôle des amygdales et des inconvénients de leur ablation.)** *Semaine méd. 1892. No. 50.*

Verf. hält die Exstirpation der Mandeln für eine gefährliche Sache. Thatsächlich verschliessen diese beiden klebrigen Gebilde, gemeinsam mit dem Zäpfchen, die Passage theilweise und sie verhindern dadurch das Eindringen von Staub im Allgemeinen, und darunter auch von solchen Substanzen, die uns schaden könnten. Die Mandeln dienen uns als eine Art Barriere, die beim Hinüberstreifen der Luft über ihre Schleimhautoberfläche die in der Luft enthaltenen schädlichen Keime auffangen soll. Eine Menge Infectionen beginnen an den Mandeln, indem an diesen eine Entzündung hervorgerufen wird. Allein diese Allgemeininfektionen sind dann keine Mandelentzündungen mehr, sowenig wie der Typhus noch eine Enteritis ist. Die Mandeln haben als Eingangspforte für das Virus gedient, das ist alles. Und wenn dieses Virus die Barriere, die bestimmt war, es zurückzuhalten, überschreiten konnte, so geschah dies wahrscheinlich, weil es sie in einem schlechten Zustande antraf. — Als Schluss aus alledem ergiebt sich, dass man sich hüten soll, die Mandeln zu exstirpiren, selbst wenn sie

hypertrophirt und auch wenn sie mehr oder weniger degenerirt sind. Nur in dem Falle, dass durch ihr Volumen die Mandeln zu einer ernsten Beschränkung des Schluckens und der Athmung werden, ist man berechtigt, das, was zuviel ist, abzutragen.

J. BARATOUX.

66) **J. C. Crossland. Die Tonsillitis als ein Initialsymptom des acuten Rheumatismus beim Erwachsenen. (Tonsillitis as an initial symptom of acute rheumatism in the adult.)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 29. Oct. 1892.*

Verf. berichtet über den Fall eines 30jährigen Mannes, der seit seinem 17. Lebensjahre 5 Anfälle von Tonsillitis gehabt hat und im Anschluss an jeden einen acuten Rheumatismus. C. ist der Ansicht, dass in den Fällen von Rheumatismus, in denen parenchymatöse Tonsillitis zu den Initialsymptomen gehört, die Erkrankung in diesem Stadium noch vorwiegend lokaler Natur ist; dass darum die Bemühung, die Krankheitskeime und ihre Producte durch Ableitung oder durch frühzeitige Entleerung des Eiters, wenn es bereits zur Eiterung gekommen ist, zu beseitigen, viel beitragen wird zur Abkürzung und Abschwächung, wenn nicht zur vollständigen Verhütung des nachfolgenden Rheumatismusanfalls.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

67) **W. E. Casselberry. Infectiöse pseudo-membranöse folliculäre Mandel- und Rachenentzündung. (Infectious pseudo-membranous folliculous tonsillitis and pharyngitis.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 5. November 1892.*

Resumé: Zwei Formen von acuter folliculärer Tonsillitis, sind zu unterscheiden:

1. Die einfache folliculäre Tonsillitis, die characterisirt ist durch Congestion und Schwellung der Tonsillen mit Hervordrängung käsiger Kügelchen aus den verengten Oeffnungen der Follikel, durch welche ein punktförmiges pseudomembranöses Exsudat vorgetäuscht wird, das aber in Wirklichkeit nicht besteht. Diese Form ist nicht contagiös, nicht fähig in eine Mischform von Tonsillitis durch secundäre Infection mit pathogenen Keimen überzugehen. Im allgemeinen beginnt diese Form ohne Schüttelfrost und verläuft ohne starkes Fieber.

2. Die infectiöse pseudo-membranöse Tonsillitis, die durch erhebliche Congestion, aber oft nur mässige Schwellung der Tonsillen characterisirt ist und durch ein punktförmiges pseudomembranöses Exsudat, das dünn und durchscheinend ist und ohne Blutung sich nicht ablösen lässt. Die Ursache dieser Form ist eine Infection mit einer der verschiedenen Arten von pathogenen Mikroorganismen. Diese Form ist infectiös und contagiös und kann endemisch werden. Sie beginnt oft mit Frost und verläuft unter schwerem Fieber. Sie kann mit Albuminurie complicirt sein, hat aber keine Lähmung im Gefolge. Der Klebs-Löffler'sche Bacill der wahren Diphtherie wird dabei nie gefunden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

68) **Redactionelle Notiz. Gegen Tonsillitis. (For Tonsillitis.)** *Philad. Medical News. 24. Sept. 1892.*

Folgendes Recept wird zum prophylactischen Gebrauch für Leute, die zur Entwicklung von Mandelentzündungen neigen, empfohlen:

Ol. Menth. piperit. . . . . 0,5.
Ac. carbol. crystall. . . . . 4,0.
Spir. vini rectif. . . . . . . 8,0.

M. D. S. 10 Tropfen in einer Tasse warmen Wassers, Morgens und Abends, zum Gurgeln.

LEFFERTS.

69) C. C. Rice. **Chronischer Tonsillen-Abscess. (Chronic tonsillar abscess.)** *Post-Graduate. Juli 1892.*

Eine klinische Vorlesung.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) S. J. Radcliffe. **Vergrösserte Tonsillen und die Tonsillotomie. (Enlarged tonsils and tonsillotomy.)** *Phil. Med. News. 12. Nov. 1892.*

Wenn die Hypertrophie von früher Kindheit an bestand; wenn der Gesund-Deitszustand des Pat. ein ungewisser oder fragwürdiger ist; wenn der Kranke hrüsenschwellungen aus erkennbaren Ursachen, besonders am Halse und in den Leistenbeugen gehabt hat; wenn er blass aussieht, schwach ernährt ist und leicht ermüdet, schon bei mässiger Anstrengung — so wird uns die Kenntniss davon zur Diagnose verhelfen und zur Entscheidung darüber, in welche Kategorie der Fall gehört und wie er therapeutisch anzufassen ist.

Ist auf der anderen Seite die Schwellung der Tonsillen neueren Datums, ist sie erst bei dem Manne oder im Jünglingsalter eingetreten, vielleicht in den letzten paar Jahren und im Anschluss an einen oder mehrere Anfälle von heftiger acuter Entzündung, bei der der ganze Pharynx betheiligt war und die zwar einen begrenzten Verlauf hatte und auf die angewandte Therapie zum Theil verging, aber die Tonsillen schliesslich doch zurückliess in einem Zustand von Subinvolution in dem noch immer gerötheten und geschwollenen Pharynx; bei einer Person, die blühend aussieht und gesund, aber Erkältungen und Durchnässungen sehr viel ausgesetzt war; oder bei einem Patienten, der übermässig gegessen oder getrunken hat, und schliesslich seinen chronischen Magencatarrh acquirirte — dann werden wir kaum fehlgehen, wenn wir diese Fälle von einem ganz andern Standpunkt aus ansehen und ihnen eine ganz andere Stellung zuweisen als den erstgenannten.

Wenn wir auf diese Weise die Fälle differenziren, werden unsere therapeutischen Mittel natürlich klarer und es ist einzusehen, dass während die Tonsillotomie in der zweiten Gruppe der Fälle am Platze ist und weder Gefahr mit sich bringt, noch schlechte Aussicht auf Erfolg bietet, dass sie zum Mindesten doch unklug wäre, mit grosser Gefahr verbunden und vielleicht sogar mit einer augenblicklich drohenden Gefahr bei der ersten Kategorie.

LEFFERTS.

71) Hélot. **Die Hypertrophie der Gaumen- und Rachentonsillen. (De l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngiennes.)** Rouen 1892.

Verf. giebt eine allgemeine Uebersicht über diese Affection, für die er die Amputation der Mandel mittelst des Amygdalotoms oder besser noch mittelst der galvanischen Schlinge empfiehlt, wenn es sich um die Gaumentonsille handelt. Für die Rachentonsille sind die beiden gebräuchlichsten Methoden die Losreissung mittelst der Zange oder die Abschneidung mit den schneidenden Ringen, deren Ausgangstypus das Gottstein'sche Messer ist. Verf. selbst zieht das erste

Modell von Gottstein vor. Als Anaestheticum benutzt er das Bromaethyl. Complicationen hat er nie dabei erlebt. J. BARATOUX.

72) **Lancry. Die Amygdalotomie als Präventivbehandlung der Diphtherie. (De l'amygdalotomie comme traitement préventif de la diphthérie.)** *Journal des sciences méd. de Lille. 26. August 1892.*

Nach Verf.'s Ansicht wäre die Prädisposition der Kinder in gewissen Familien für Diphtherie und Croup bedingt durch die Hypertrophie der Tonsillen, die man bei ihnen findet. In der That sind Hypertrophie der Mandeln bei den Eltern, Mandelschwellung bei den Kindern, infectiöse Anginen und diphtheritische Angina anatomische und pathologische Vorkommnisse, die der Verf. sehr häufig neben einander vorfand. Ebenso war er bei den Tonsillotomien, die er ausführte, überrascht von der Erblichkeit der Mandelhypertrophie und von der Häufigkeit der Fälle von Croup bei den Brüdern und Schwestern seiner Operirten. Andererseits betrafen auch die sporadischen Fälle von Diphtherie, die er beobachtete, fast durchgehends Kinder mit hypertrophischen Tonsillen.

Verf. hält darum eine Indication zur Entfernung der Tonsillen bei Kindern mit hypertrophischen Mandeln für vorliegend, wenn ein anderes Kind der Familie an Diphtheritis erkrankt. Es ist aber angebracht, ein paar Wochen zu warten, damit erst die in der Wohnung vorhandenen infectiösen Keime untergehen.

J. BARATOUX.

73) **Huguenin Behandlung der Hypertrophie der Mandeln und der adenoiden Vegetationen des Rachens. (Traitement de l'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoides du pharynx.)** *Concours médical. 1892. p. 304.*

H. zieht folgende Schlüsse aus seiner Zusammenstellung: die Mandelhypertrophien rechtfertigen in allen Fällen den Gebrauch des Galvanocauters mit Accumulatoren: 1) Wenn sie gestielt sind: die galvanische Schlinge. 2) Liegen sie in der Tiefe versteckt: tiefe Cauterisationen mit dem Galvanocauter oder Thermocauter je nach dem Alter des Kranken. 3) Wenn sie pseudo-hypertrophisch sind: Discission mit dem scharfen oder galvanischen Häkchen. Das Amygdalotom von Fahnestock ist nur in gewissen Fällen von gestielten Hypertrophien der Mandeln zu verwerthen. 4) Die adenoiden Vegetationen des Rachens müssen ganz exstirpirt werden mit Hülfe einer scharfen Curette und unter Chloroform- oder Bromaethylnarkose. J. BARATOUX.

74) **Raault. Eine neue chirurgische Behandlungsmethode für die Hypertrophie der Tonsillen. (Nouvelle methode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire.)** *Union méd. 1892. No. 7. p. 74.*

R. bedient sich einer Zange, die aus einer ringförmigen Branche und einer zweiten vollen cylindrischen zusammengesetzt ist, welche genau in einander passen. Man hat darauf zu achten, dass man nicht einen der Gaumenbögen in die Zange fasst und soll auch von dem Gewebe der Mandel selbst kein zu grosses Stück ergreifen. Wenn Adhäsionen zwischen den Gaumenbögen und den Mandeln bestehen, werden dieselben mittelst eines scharfen Häkchens nach Art eines Gartenmessers gelöst. Nachdem man 3 oder 4 Schnitte nacheinander in die

Mandel gemacht, wird dieselbe mit einem in eine Jodlösung von 1 : 6 getauchten Wattebausch energisch gerieben. J. BARATOUX.

75) **A. G. Hobbs. Excisionen der Tonsillen. (Tonsil excisions.)** *Med. Record 6. August 1892.*

H.'s Bericht umfasst über 4000 Fälle; H. beschreibt gleichzeitig ein neues Instrument. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

76) **R. H. Dawbarn. Eine neue Methode zur Blutstillung nach der Tonsillotomie. (A new method of checking bleeding after tonsillotomy.)** *N. Y. Med. Record. 17. December 1892.*

Die Methode besteht kurz darin, dass man die blutende Fläche mit einer festen beutelschnurartigen Ligatur von Seide oder Catgut umzieht, die nach dem Zuziehen vollständig in dem Gewebe um den Tonsillarstumpf verborgen liegt.

Man nimmt eine breite Nadel, am besten von Halbkreisform, und einen Nadelhalter; der Mund wird durch einen zwischen die Backzähne gesteckten Korken offen gehalten. Es werden 4 Nadeln angelegt, in der Form eines Parallelogramms; dazu braucht man noch nicht 2 Minuten; das Ganze wird mit fortlaufendem Faden genäht, so dass man bei der 4. Nadel an der ersten Einstichstelle wieder aussticht; hier wird fest geknotet, so dass die Zusammenschnürung des Ganzen die Blutung zum Stehen bringt, die Fäden werden dann ziemlich kurz abgeschnitten. Man kann die Fäden sich selbst überlassen oder aber, und das ist wahrscheinlich angebrachter, man kann sie nach 24 bis 36 Stunden entfernen.

Was die Tiefe der einzelnen Nadeln anlangt, so können die beiden queren Nadeln etwa $^1/_4$ Zoll tief eindringen; die beiden verticalen, die den Carotiden parallel laufen, können wohl mit Sicherheit eher noch tiefer geführt werden; doch bietet dies chirurgisch keinen besonderen Vortheil.

Die Gaumenbögen brauchen in die Umschnürungsfäden nicht mitgefasst werden; die beiden verticalen Nähte liegen denselben natürlich sehr nahe, doch nicht wirklich in ihrer Substanz. LEFFERTS.

77) **Richard Lake (Barnes). Cysten der Tonsille. (Cysts of the tonsil.)** *Brit. Med. Journal. 16. Juli 1892.*

Verf. berichtet über 3 Fälle, die er beobachtet hat und erweitert das von Mc Bride gezeichnete Bild dieser Krankheit. MACKENZIE JOHNSTON.

78) **P. Mc. Bride (Edinburgh). Cysten der Tonsillen. (Cysts of the tonsils.)** *Brit. Med. Journal. 20. August 1892.*

Ein Brief an den Herausgeber in Anknüpfung an die Briefe von Baths und Stewart; Mc Bride hält darin seine Anschauung aufrecht, dass Cysten der Tonsillen in zwei Formen, einer selteneren und einer gewöhnlicheren, vorkommen. MACKENZIE JOHNSTON.

79) **Sedziak (Warschau). Ein ungewöhnlicher Fall von Sarcomata multiplicia cutis et lymphosarcoma tonsillae dextrae.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 10. 1892.*

48jähriger Landmann mit zahllosen Knoten und Knötchen auf der Haut; in

der Mundhöhle Zahnfleisch der oberen Zähne stark geröthet, geschwollen, uneben, am Palatum darum diffuse dunkelblaue Färbung. Der Isthmus durch eine hühnereigrosse, der rechten Tonsille angehörige Geschwulst verlegt. Dieselbe wurde exstirpirt; das Wunderbare des Falles ist die Verkleinerung resp. Verschwinden der Hautsarcome, das vom Verf. dem angewandten Arsenik zugeschrieben wird.

SCHECH.

80) **E. Fletcher Ingals. Krebs der Tonsille mit Milchsäure behandelt. (Cancer of the tonsil treated by lactic acid.)** *N. Y. Med. Journal. 10. December 1892.*

Obgleich die Behandlung des Falles, über den J. eingehend berichtet, nicht zur Heilung führte, so legt sie doch die Möglichkeit nahe, das Wachsthum krebsiger Geschwülste, die dem Messer nicht zugänglich sind, mittelst interstitieller Injectionen von Milchsäure zu verzögern. J. räth bei der Anwendung der Milchsäure unter der Haut die jedesmalige Menge 0,6—0,9 ccm einer 20 bis 45 procentigen Lösung nicht übersteigen zu lassen.

Die Canüle, die man anwendet, soll mit Alcohol gereinigt werden; nachher zieht man sie am besten sofort durch ein reines Oel, etwa flüssiges Albolen, um das Rosten zu vermeiden.

LEFFERTS.

81) **A G. Hobbs. Hobb's neues Tonsillotom. (Hobb's new tonsillotome.)** *Gaillard's Med. Journal. Juli 1892.*

Das Instrument besteht im Wesentlichen aus einem Messer und einem Doppelhaken. Ein Holzschnitt erläutert den Gebrauch desselben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

d. Diphtherie und Croup.

82) **G. Sims Woodhead** (London). **Eine Ansprache über die Bakteriologie. (An address in Bacteriology.)** *Brit. Med. Journ. 6. August 1892.*

In einer sehr interessanten Ansprache, die er auf der Jahresversammlung der B. M. A. in Nottingham hielt, verfolgt W. den Gang und Fortschritt der neueren Arbeiten auf dem Gebiete der Bacteriologie. Unter vielen anderen Punkten erwähnt Redner auch die Förderung, die die Praxis durch die experimentellen Arbeiten von Loeffler, Roux, Yersin und Martin über die Diphtherie erfahren hat.

MACKENZIE JOHNSTON.

83) **F. J. Tower. Die Aetiologie und Bakteriologie der Diphtheritis. (The etiology and bacteriology of diphtheria.)** *Med. and Surg. Reporter. 30. Juli 1892.*

T. betont die Wichtigkeit der Untersuchung aller Membranen oder anderer Exsudate in Fällen, wo Verdacht auf Diphtherie vorliegt und zeigt, wie leicht diese Aufgabe von jedem Arzte zu erfüllen ist, der über ein Mikroskop mit 400 bis 500facher Vergrösserung verfügt. T. ist der Ansicht, dass ohne eine bakte-

riologische Untersuchung eine positive Diagnose gar nicht gestellt werden kann. Er selbst hat alle Fälle von Halserkrankung untersucht, die in seine Behandlung kamen und wo er Bacillen fand, da lagen stets Gründe vor, den Fall für Diphtherie zu halten; wo aber keine Bacillen gefunden wurden, da hat er auch niemals eine Contagiosität beobachtet, nie eine Lähmung oder auch nur eine besonders langsame Reconvalescenz. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

84) **Chauffard. Bakteriologie und Behandlung der Angina diphtheritica. (Bactériologie et traitement de l'angine diphthérique.)** *Annal. de méd. 1892. p. 161 und 169.*

Ch. behandelt in einer Vorlesung die Arbeiten von Roux und Yersin, Gamaleia u. A.; seine Therapie ist die Gaucher'sche. J. BARATOUX.

85) **A. L. Wilson. Aetiologie der Diphtheritis. (Etiology of diphtheria.)** *Indiana Med. Journ. Sept. 1892.*

Die Diphtherie wird durch einen specifischen Mikroorganismus verursacht und es giebt nur eine Art von genuiner primärer Diphtherie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

86) **C. T. Der wahre Parasit der Diphtherie. (Le vrai parasite de la diphtherie.)** *Médecine moderne. 1892. No. 96. p. 829.*

Ein scherzhafter Bericht über eine Arbeit von Dr. Liebig, die in dem Medical Record erschienen ist. J. BARATOUX.

87) **C. J. Rademaker. Der Diphtheriebacillus und die Behandlung der Diphtherie. (The diphtheritic bacillus and the treatment of diphtheria.)** *Med. Mirror. August 1892.*

Die Producte des Diphtherie-Bacillus sind stets von saurer Reaction; die Säure wird gebildet durch die Einwirkung des Bacillus auf das organische Gewebe, lebendes wie todtes. R. behandelt die Diphtherie mit lokalen Applicationen von Liquor Bromoli, einer Flüssigkeit, von der 30 grm 29,0 Wasser, 0,75 grm Brom und 0,25 Phenol enthalten.

Diese Lösung reagirt alkalisch und ist dadurch indicirt, indem die sauren Exsudate oder Producte des Diphtherie-Bacillus neutralisirt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **Tobiesen** (Kopenhagen). **Ueber das Vorkommen von Löffler's Bacillen im Schlunde von Individuen, die Angina diphtheritica gehabt haben. (Om Forekomsten af Löffler's Baciller i Svalget hos Individer, som have gennemgaaet Angina diphtheritica.)** Forhandlingen ved 14. Skandinav. Naturforskermöde i Kjöbenhavn 4.—9. Juli 1892.

In 24 von 46 geheilten und aus dem Spitale entlassenen Patienten hat der Verf. virulente Löffler'sche Bacillen nachgewiesen. SCHMIEGELOW.

89) **Godart et Kirchner. Die Diphtheritis in Belgien. (La diphthérie en Belgique.)** *La Clinique. No. 29. 1892.*

Von der Acad. Roy. de Méd. prämiirte Arbeit, mit originellen Statistiken, welche sich auf Belgien beziehen und von denen einige ein wirkliches Interesse

darbieten, so z. B. die Vergleichung der Sterblichkeit an Diphtheritis mit den verschiedenen grossen Städten Europas, woraus hervorgeht, dass nach London Brüssel diejenige Stadt ist, welche am wenigsten von der Seuche heimgesucht wird, ferner dass die Diphtheritis in Belgien hauptsächlich während der Wintermonate zwischen October und April herrscht, ohne Unterschied des Geschlechtes; am schlimmsten ist sie für das Alter zwischen 6 Monaten und 5 Jahren. Merkwürdigerweise ist die wohlhabende Classe Brüssel's nicht weniger davon heimgesucht, als die arme.

Sodann beschreiben die Autoren den pathogenen Microben (Löffler'sche Bacillen) und weisen nach, dass die Verbreitung der Affection durch Contagion statthat. Die Scharlachdiphtheritis und deren Differentialdiagnose von der wahren Diphtheritis werden ebenfalls besprochen. Endlich machen sie sich an die in der letzten Zeit viel discutirte Frage von der Identität der menschlichen Diphtheritis mit der bei Thieren, und kommen zu dem Schlusse, dass beide Krankheiten absolut verschieden sind und ganz bestimmten Organismen ihren Ursprung verdanken, und nur darin mit einander übereinstimmen, dass sie Pseudomembranen bilden. Nie ist der Löffler'sche Bacillus in der Spontandiphtheritis von Geflügel und vom Kalb nachgewiesen worden. Zum Schluss kommt ein Kapitel über die Prophylaxe der Diphtheritis, welche eine logische Deduction aus der Biologie des Microben darstellt. Vor allem scheint ihnen daran gelegen zu sein, nachzuweisen, dass eine vollständige Uebereinstimmung existirt zwischen dem klinischen Bild und den Beobachtungen im Laboratorium, wie es denn überhaupt keine Krankheit giebt, bei welcher diese Uebereinstimmung in grösserem Maasse stattfände.

BAYER.

90) **Thomas J. Raven** (Broadstairs). **Diphtherie oder Tonsillitis? (Diphtheria or tonsillitis?)** *Practitioner. Juni 1892.*

R. erörtert in seiner Arbeit die grossen Schwierigkeiten, die eine bestimmte differentielle Diagnose besonders in den früheren Stadien der Erkrankung zwischen der Tonsillitis und der Diphtherie hat. Er findet es am richtigsten jeden Fall, der Exsudation im Halse zeigt, zu isoliren; dagegen hält er es für angebracht, den Ausdruck „Diphtherie" ganz bei Seite zu lassen und dafür „Tonsillitis" zu setzen mit näheren Bezeichnungen, wie folliculäre, catarrhalische, necrotische oder maligne zur Bestimmung der verschiedenen Erkrankungen im Halse.

MACKENZIE JOHNSTON.

91) **S. M. Clark. Kehlkopfcomplicationen bei Diphtherie. (Laryngeal complications of diphtheria.)** *Med. Current. Sept. 1892.*

Bericht über 3 Fälle; ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

92) **H. Woods. Diphtheritische Conjunctivitis: Bericht über 2 Fälle mit bakteriologischer Untersuchung der Pseudomembranen. (Diphtheritic conjunctivitis: report of two cases, with the bacteriological study of the false membrane.)** *Medical News. 20. August 1892.*

Nichts von besonderem Interesse für den Laryngologen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) P. F. Harvey. **Wiederbelebung durch die Tracheotomie bei Scheintod eines Kindes mit pseudomembranösem Croup. (Resuscitation by tracheotomy after death from pseudo-membranous croup.)** *N. Y. Medical Journal. 30. Juli 1892.*

Der Pat. war ein 8jähriges Kind; Puls und Athmung hatten bereits ausgesetzt, aber 30 Minuten nach der Tracheotomie war der Knabe wieder ganz bei sich und verlangte zu essen und zu trinken. 24 Stunden später starb er plötzlich an Herzschwäche, die möglicherweise durch die des Fiebers wegen verordnete Tot. Aconiti verursacht war. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) E. F. Ingals. **Zur Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Kansas City Med. Index. August 1892.*

Eine allgemeine Uebersicht über die anwendbaren Medicamente; jeder Arzt sollte darauf vorbereitet sein, die Intubation auszuführen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

95) C. G. Stagle. **Einige Winke für die Behandlung der Diphtherie. (Some suggestions in the treatment of diphtheria.)** *Medical Review. 27. August 1892.*

S. empfiehlt Quecksilber und Natriumsulfid.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

96) A. Bowen. **Diphtheritis. (Diphtheria.)** *Southern Medical Record. August 1892.*

Wichtig ist, die Erkrankung aufzuhalten durch zweistündliche Pinselung des Halses mit folgender Mischung:

Acid. carbolic. . 1 Theil
Acid. sulfur. . . 3 „
Tct. ferri chlor. . 4 „
Glycerin . . . . . 4 „

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

97) Taube. **Pyoktanin gegen Diphtherie, Scharlachdiphtherie, Tonsillitis und Soor.** *Deutsche medicinische Wochenschr. 1892. No. 38.*

Verf. verwendet gegen obige Affectionen Pinselungen einer 10procentigen Lösung von Methylviolett, deren Wirksamkeit er darin sucht, dass durch das Mittel eine Stärkung des gesunden Gewebes, eine Herstellung eines ungünstigen Nährbodens für die Microorganismen bewirkt wird. LANDGRAF.

98) Rich. Hogner (Schweden). **Ueber Glycerinkampherphenol bei der Behandlung von Diphtherie und das Coupiren der Krankheit. (Om Glycerinkamferfenol vid behandlingen af difteri och kuperandet af sjukdomen.)** *Eira. 30. August 1892.*

H. empfiehlt die Entfernung der Membranen und Pinselung der erkrankten Stellen mit Glycerinkampherphenol. SCHMIEGELOW.

99) **Discussion über die Behandlung der Diphtheritis.** *Petersburger medicinische Wochenschr. 1892. No. 7 u. 8.*

Dr. Masing hält im Verein St. Petersburger Aerzte einen Vortrag über die Geschichte der Behandlung der Diphtheritis. Nach den vielen traurigen Erfahrungen sei seit Löffler eine neue Epoche für die Diphtheritis-Therapie angebrochen. Nach Erwähnung der Arbeit von Strübing kommt M. auf seine eigene Behandlungsmethode zu sprechen, deren er sich schon seit 10 Jahren bedient und die allen Anforderungen der Jetztzeit entspricht. M. hat, seit er die Behandlungsweise anwendet, keinen Pat. an Diphtheritis verloren! Die Beobachtungen stammen alle aus der Privatpraxis. Bei dem geringsten Unwohlsein der Kinder müssen die Mütter sofort den Rachen besichtigen und bei der leisesten Andeutung eines weissen Fleckes auf den Mandeln werden dieselben mit einer 2 proc. spirituösen Carbollösung alle 2 Stunden, noch vor Ankunft des Arztes, ausgepinselt. Mit solchen Pinselungen wird Tag und Nacht fortgefahren, bis der letzte Fleck geschwunden. Bei Erkrankung des Nasenrachenraums kann gleichfalls local behandelt werden. Bei Mitbetheiligung der Nase könne man durch Eingiessungen von Borsäurelösung und durch beständiges Riechen an concentr. Carbollösungen die Krankheit zweckmässig bekämpfen.

Lunin (Elisabeth-Kinderhospital) führt seine Erfahrungen an, die er im Hospital gesammelt und zum Theil schon veröffentlicht hat. Er führt im Ganzen 1082 Fälle an, an denen alle nur einigermaassen Vertrauen erweckenden Behandlungsmethoden systematisch durchgeführt wurden. Doch waren die Resultate stets sehr wenig erfreulich. Für die leichtere Form schwankte die Mortalität, je nach der Epidemie, von 20—60 pCt. und für die schwere Form von 78—100 pCt. Um sich gegen den Vorwurf zu wahren, dass ins Hospital meist verschleppte Fälle kommen, wo die Krankheit schon Zeit gehabt hat sich weiter zu verbreiten, führt A. die Hausepidemien im Hospital an, wo gleich bei den ersten Anzeichen der Erkrankung auch solche Behandlungen eingeleitet wurden, die den jetzigen Anforderungen vollkommen entsprachen.

Auf die Behandlung von Mosing eingehend, macht L. darauf aufmerksam, dass nicht jeder weisse Fleck auf der Mandel gleich Diphtheritis bedeute. Eine genaue Besichtigung des Nasenraums bei Kindern mit Pharynxdiphtheritis gelingt in den seltensten Fällen und eine so häufige Pinselung desselben ist mindestens grausam. L. warnt ferner vor Pinselungen des kranken Kehlkopfs mit 2 proc. Carbollösung. Durch derartige, doch sehr unangenehme, Pinselungen könnte die drohende Herzparalyse beschleunigt werden. Da bei der Diphtheritis der Nase die Nasengänge meist vollkommen verlegt sind, so können auch Eingiessungen von Borsäure und Riechen an Carbollösungen wenig helfen. Ferner macht L. auf die schwersten Formen aufmerksam, wo es zur Allgemeininfection kommt, bevor man noch deutliche Beläge auf den Mandeln konstatiren kann.

Masing führt einige Krankengeschichten an, die den Nutzen der Pinselungen mit Carbolsäure beweisen sollen.

Lunin bemerkt, die angeführten Fälle waren alles leichte; in keinem Falle war der Kehlkopf oder die Nase miterkrankt.

Mossin (Nicolai-Kinderhospital) berichtet über 1819 Fälle von Diphtheritis, welche in den letzten 8 Jahren im Nic. Hosp. behandelt wurden. Die Gesammtmortalität betrug 29,6 pCt.

Die Pat. standen im Alter von 3—14 Jahren. Das Durchschnittsalter der Genesenen betrug 8—9 Jahr, das der Verstorbenen 6—6 1/2 Jahr. Die Affection des Pharynx hatte ein Mortal. von 11,3 pCt.; Affection des Pharynx und Larynx 58 pCt.; Diphtherit. fauc. et nasi 54,7 pCt.; die maligne Form 90 pCt.

Je früher die Kinder ins Hospital eintraten, desto besser war die Prognose. Die am ersten Tag der Erkrankung eingetretenen hatten eine Mortalität von 0 pCt.; die am 2. Tag eingetretenen 4,5 pCt.; am 3. Tag 6,4 pCt.; am 4. Tag 13,5 pCt. und am 5. Tag 25,0 pCt.[1])

Die Therapie bestand in Liq. ferri, Kali chlorici, Sublimat, Kali chlor. und Acid. mur. (nach Fokke u. Heyder), Apomorphin, Inhalation von Acid. lact., Natr. bic., Aq. calcis, Acid. salicyl. etc.

Seine Resultate mit denen der Carbolsäure-Behandlung vergleichend, findet Mossin keinen besonderen Unterschied. Jedenfalls ist bei jeder Behandlungsmethode von grosser Wichtigkeit, dass die Behandlung möglichst früh beginnt.

Serck (Oldenburger-Kinderhospital). In den Jahren 1888 und 89 wurden im Oldenb. Kinderh. stationär 296 Fälle von Diphtheritis behandelt. Die Gesammtmortalität betrug 47,6. Bei Diphtheritis fauc. betrug die Mortalität 16,5 pCt.; Diphtheritis fauc. et laryng. 60,5 pCt. und bei der malignen Form 86,3 pCt. Die Therapie bestand in Carbolsäureinjectionen nach Heubner und Kalkwasser intern.

Bei letzterem Mittel schien der Reinigungsprocess im Rachen etwas beschleunigt zu werden.

Um die Resultate der einzelnen Behandlungsmethoden vergleichen zu können, müsse das Material besser eingetheilt werden. Zur Sicherstellung der Diagnose dürfte der Nachweis des Löffler'schen Bac. zu verlangen sein. Die einzelnen Formen wären präciser zu trennen, das Alter der Pat., der Character der Epidemien zu berücksichtigen.

Viele Fälle beginnen ganz symptomlos, so dass sie gar nicht gleich zur Behandlung kommen, dann kommen Fälle vor, wo, trotz der energischsten Behandlung von vorn herein die Krankheit, völlig unbeeinflusst durch unsere Behandlung, rasch zum Tode führt.

Aus der Sterblichkeits-Statistik der Stadt Petersburg führt Serck an, dass die Mortalität an Diphtheritis von 1883 stetig abnimmt. Von 1090 Todesfällen für das Jahr 1883 ist die Diphtheritis-Mortalität 1889 auf 290 gefallen. Im Jahre 1887 starben in Petersburg 456 an Diphtheritis; davon starben in den Hospitälern 303, so dass auf die etwa 1000 pract. Aerzte Petersburgs 153 Todesfälle an Diphtheritis kamen. Daraus erklärt es sich auch, dass manch vielbeschäftigter Arzt keinen Todesfall an Diphtheritis zu verzeichnen hatte.

LUNIN.

---

[1]) Diese Zahlen sind nur für das Jahr 1886 gültig.

100) B. P. Goode. **Intubation gegen Tracheotomie; ein Bericht über 28 weitere Fälle. (Intubation os tracheotomy — a report of 28 additional cases.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 6. August 1892.*

Von 12 Fällen, die mittelst Intubation behandelt wurden — von Mai bis December 1891 — kamen alle durch; von 11 weiteren, die von Januar bis April 1892 operirt wurden, starben alle bis auf einen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) R. W. Lovett. **Intubation gegen Tracheotomie: Studien an 858 im Boston City Hospital operirten Fällen. (Intubation versus tracheotomy; being a study of 858 cases operated on at the Boston City Hospital.)** *Med. News. 27. August 1892.*

L. kommt zu dem Schlusse, dass die Intubation nicht so geeignet zur Rettung des Lebens in schweren Fällen von Kehlkopfdiphtherie ist, wie Tracheotomie, und zwar hauptsächlich aus zwei Gründen: die Intubation macht die Trachea nicht in so ausgiebiger Weise durchgängig und dann kann der intubirte Patient nur eine begrenzte Menge von Nahrung zu sich nehmen.

L. lenkt die Aufmerksamkeit auf den geringen Procentsatz von Heilungen in den Fällen, in denen die Tracheotomie nach vorangehender Intubation ausgeführt worden ist.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

102) J. Hubbard. **Intubation gegen Tracheotomie. (Intubation os tracheotomy.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 3. Sept. 1892.*

H. hält die Intubation für einen Ersatz für die Tracheotomie in der grossen Mehrzahl aller Fälle.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

103) Dillon Brown (New York). **Ein Fall von Stenose des Larynx, in dem die Intubationsröhre neun Monate liegen blieb; Heilung mit guter Stimme. (A case of stenosis of the larynx, in which the intubation tube was retained nine months: recovery with good voice.)** *Arch. of Pediatrics. Juni 1892.*

Pat., ein 3jähriges Kind, wurde wegen Kehlkopfdiphtherie intubirt. Nachdem die Krankheit geheilt war, fand sich, dass man die Röhre nicht entfernen konnte wegen der starken Stenose der Trachea. Es wurde deshalb die Tracheotomie gemacht und die Strictur erweitert; doch musste man wieder auf die Intubationsröhre zurückgreifen und der Pat. trug sie 9 Monate, bis man ihn soweit brachte, dieselbe entbehren zu können.

MACKENZIE JOHNSTON.

104) F. E. Waxham. **Bericht über 400 Fälle von Intubation. (Report of 400 cases of intubation.)** *Med. News. 2. Juli 1892.*

Sämmtliche Fälle sind aus W.'s Privatpraxis; unter den ersten 100 Fällen sind 27 Heilungen, unter den zweiten 34, unter den dritten 40 und unter den vierten 38 Heilungen. Die Verbesserung der Instrumente, die Vervollkommnung in der Methodik der Ernährung und Pflege, sowie die nach den ersten 100 Fällen fast durchgehends angewandte Verordnung von Quecksilberchlorid sind zweifellos für den grösseren Procentsatz von Heilungen verantwortlich. Der Misserfolg

kann auf Rechnung gesetzt werden erstens der Schwierigkeit der Operationen; zweitens einem unrichtigen Urtheil über die Grösse der Tube; drittens dem Umstande, dass die Patienten an Verstopfungen unterhalb der Tube sterben können; und viertens dem Mangel an geeigneter Ernährung und Pflege. In jeder grossen Stadt sollten ein paar Specialisten diese delicate und schwierige Operation ausüben, so dass sie darin grössere Erfahrung gewinnen; in der Landpraxis wird die Tracheotomie ihren Platz behaupten müssen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

105) **Bókai** (Budapest). **Meine Erfolge mit der O'Dwyer'schen Intubation.** *Jahrb. f. Kinderheilk. XXXIII. 1892.*

Bókai hat 109 Intubationen bei Kehlkopfdiphtherie gemacht mit 34 pCt. Heilungen, er erklärt sich für einen begeisterten Anhänger der Intubation in der Spitalpraxis, während er sie in der Privatpraxis nur dann für erlaubt hält, wenn für eine continuirliche fachgemässe ärztliche Aufsicht gesorgt ist, oder wenn durch dieses Verfahren der Kranke zur Tracheotomie sozusagen vorbereitet werden kann. Decubitus von der Kanüle hat B. nicht oft gesehen, grosse Schwierigkeiten machte die Ernährung der intubirten Kinder, so dass B. öfters systematische Extubirungen vornehmen liess. SEIFERT.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

106) **R. E. Lord** (Salford). **Ein Fall von vollständiger Exstirpation des Larynx seitens eines Selbstmörders. (A case of complete exstirpation of the larynx by a suicide.)** *Lancet. 30. April 1892.*

Einige nähere Notizen über den Fall. MACKENZIE JOHNSTON.

107) **Hulke** (London). **Ein Fall von Selbstmord-Wunde mit vollständiger Durchtrennung des Kehlkopfs und Eröffnung des Schlundes: Vernähung beider: der Patient lebt noch mehrere Stunden. (A case of suicidal wound of the throat completely severing the larynx and opening the gullet: suturing of each: survival during several hours.)** *Lancet. 20. August 1892.*

Der Titel kennzeichnet die Natur des Falles. Von besonderem Interesse ist die Feststellung, dass der Pat. nach der Verwundung noch mit Flüsterstimme sprechen konnte, obgleich ein Stimmband mitverletzt war und die Theile darunter mehrere Centimeter tief durchtrennt waren. MACKENZIE JOHNSTON.

108) **Henry Morris** (London). **Der Werth der Nähte bei der Behandlung von Halsdurchschneidungen und anderen chirurgischen Verletzungen der oberen Luftwege. (On the value of sutures in the treatment of cut throat and surgical wounds of the air-passages)** *Lancet. 24. December 1892.*

Eine klinische Vorlesung aus dem Middlesex Hospital in der M. den Verschluss von Wunden am Halse durch Anlegung zahlreicher tiefer und oberflächlicher aseptischer Nähte empfiehlt. B. erinnert an eine ganze Anzahl von Fällen,

in denen primäre Vereinigung nach der Vernähung statt hatte; in zwei von diesen Fällen waren die Luftwege vollständig eröffnet. MACKENZIE JOHNSSON.

109) **Bilton Pollard** (London). **Der Werth der Nähte in der Behandlung von Durchschneidungen des Halses. (The value of sutures in the treatment of cut throat.)** *Lancet. 31. December 1892.*

110) **J. L. Blake** (London). **Dasselbe.** *Lancet. 31. December 1892.*

In zwei Briefen an den Herausgeber bezeugen die Verff. den Werth der Nähte in den Fällen von durchschnittenem Hals. MACKENZIE JOHNSSON.

111) **W. Symes Langford. Schlucken. (On hiccough.)** *Dublin Journ. of Med. Sciences. December 1892.*

Ein langer Artikel anlässlich eines Falles von schwerem Schlucken; für unsere Leser ohne besonderes Interesse. P. MC. BRIDE.

112) **C. D. Roy. Husten: ein paar Ursachen desselben und seine Behandlung. (Cough: some of its causes and its treatment.)** *Medical Record. 2. Juli 1892.*

R. theilt die Ursachen in 1) solche, die unabhängig von einem acuten pathologischen Zustand des Respirationstractus sind; und 2) functionelle oder solche, die auf pathologischen Zuständen oder Functionsstörungen mehr oder weniger chronischer Art beruhen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **Julius Ritter. Ueber die Aetiologie des Keuchhustens.** *Münchner medicin. Wochenschrift. No. 45. 1892. Berliner klin. Wochenschr. 1892. No. 50. Dtsch. med. Wochenschr. 1892. No. 45.*

R. fand in dem Bronchialschleim, welcher Abscesse der mittleren Bronchien erhielt, Diplococcen, die er für die Erreger des Keuchhustens hält; sie sind ausserordentlich klein; liegen stets gepaart und wachsen am besten bei einer Temperatur zwischen 36 und 38. R. will diese Diplococcen von anderen im Respirationstractus vorkommenden streng getrennt wissen; bei Kindern konnte er durch dieselben die Erscheinungen von Keuchhusten hervorrufen. SCHECH.

114) **Haakma Tresling. Bromoform gegen Keuchhusten. (Bromoform tegen kinkhoest.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Julisitzung der Oldampter Med. Gesellsch. recommandirt H. T. folgende Vorschrift gegen Keuchhusten:

Bromoform . . . . . . gutt. 90
Tinct. cort. aurant . . „ 50,0
Aq. destill. . . . . . . „ 250,0

Mds., 3 mal täglich 1 Löffel (Kinder- oder Theelöffel), je nachdem die Kinder 6, 4 oder 2 Jahre alt sind. BAYER.

115) **De Bruin. Bemerkungen über die Behandlung von Keuchhusten mit Bromoform. (Opmerkingen over de behandeling van kinkhoest met bromoform.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Amsterdamer Med. Gesellschaft. BAYER.

116) **Schippers. Ueber die Behandlung des Keuchhusten mit Bromoform. (Over de behandeling van kinkhoest met bromoform.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

Mittheilung in der Amsterdamer Med. Gesellschaft. BAYER.

117) **Dijksterhuis. Bromoform bei der letzten Keuchhustenepidemie. (Bromoform in de laatste tussis-epidemie.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. 1892.*

In der Friesländ'schen Med. Gesellschaft weist D. auf die Wirkung des Bromoforms hin, das er mit eclatantem Erfolg bei der letzten Keuchhustenepidemie angewandt hatte. BAYER.

118) **Ch. Landmann. 19 Fälle von Keuchhusten mit Bromoform und bestem Erfolge behandelt. (19 gevallen van kinkhoest, alle behandelt met bromoform en met het beste succes.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

Mittheilungen in der Novembersitzung der Herzogenbuscher Med. Gesellsch. Die meisten Kinder genasen in 14 Tagen, einige in 3 Wochen. BAYER.

119) **J. J. Duncan. Keuchhusten nach einer der neueren Methoden behandelt. (Whooping cough treated by one of the newer methods.)** *Canadian Practit. 16. Juli 1892.*

Verf. berichtet über 5 Fälle, die er mit internen Gaben von Bromoform in Dosen von 0,05 bis 0,15 drei oder viermal täglich behandelt hat:

1. Das Bromoform in kleinen Dosen ist ungefährlich.
2. Die Anfälle werden spärlicher und schwächer.
3. Das Erbrechen im Hustenparoxysmns verliert sich in 2—3 Tagen.
4. Nasen- und andere Formen von Blutungen verschwinden bald.
5. Das Bromoform wirkt günstig auf die Complicationen.
6. Es kürzt die Dauer der Anfälle ab.

Das Bromoform ist eine schwere Flüssigkeit; am besten giebt man es in einem Theelöffel Wasser. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) .... **Behandlung des Keuchhustens mit Kreosot.** *Dtsch. med. Wochenschr. 1892. No. 31.*

Lerefait giebt Kreosot bei Keuchhusten 0,5 auf 100,0 Syrup täglich 2 bis 3 Theelöffel bei Kindern bis 2 Monaten, 6—8 Theelöffel bei älteren Kindern; Ballay giebt Wein mit Kreosotwasser und Johannisbeersyrup. LANDGRAF.

121) **Lerefait. Das Kreosot in der Behandlung des Keuchhustens. (De la créosote dans le traitement de la coqueluche.)** *Semaine médicale. 1892. No. 43.*

In allen Fällen, in denen die Krankheit nicht vor dem Beginne der Behandlung bereits von einer schweren Complication seitens der Lunge begleitet war, konnte L. dank der Anwendung des Kreosots eine allmälige Abnahme der Häufigkeit und der Intensität der Hustenanfälle constatiren; die Anfälle verschwinden ganz am Ende einer zwischen 5 Tagen und 6 Wochen variirenden Zeit je nach dem Heftigkeitsgrade des Keuchhustens. Das Kreosot beseitigt das Erbrechen

beim Keuchhusten schneller, als jedes andere Behandlungsmittel. Der Verf. verordnet das Kreosot in der Form einer Mixtur, die 0,25 centigr. auf 100 Vehikel enthält.

J. BARATOUX.

122) **B. G. Seton** (Indien). **Reflexkrampf der Glottis nach Dehnung des Magens. (Reflex spasm of glottis following distension of stomach.)** *Lancet. 1. Octob. 1892.*

Ausgesprochene Dyspnoe folgte dem Genuss einer Anzahl grosser Stücke rohen Fleisches. Gegenreize auf die Vagi und ein Brechmittel brachten in kurzer Zeit Besserung. Der Kehlkopf wurde gar nicht untersucht.

MACKENZIE JOHNSTON.

123) **Garel u. J. Colet. Der intermittirende einseitige Kehlkopfkrampf. (Du laryngospasme unilatéral intermittent.)** *Annales de malad. de l'oreille et du larynx. Juli 1892.*

Es handelt sich um ein vereinzelt vorkommendes Phänomen, das sich bei der Untersuchung des Kehlkopfes darstellt als intermittirende Fixation eines Stimmbandes in der Mittellinie. Die Verf. berichten über ihre Beobachtungen und kommen zu dem Schluss, dass das Phänomen durch einen einfachen Reflexkrampf der Adductoren infolge von verschiedenartigen pathologischen Zuständen, wie Laryngitis, Granulationen etc., bedingt ist.

E. J. MOURE.

124) **John Thomson** (Edinburgh). **Respirationskrämpfe bei Kindern oder congenitaler Kehlkopfstridor. (Infantile respiratory spasm or congenital laryngeal spasm.)** *Edinburgh Med. Journal. Sept. 1892.*

Im Anfange seiner bedeutsamen Arbeit definirt Th. die Erkrankung als „eine eigenthümliche Form von Verstopfung der Athemwege; dieselbe kommt in ihrer ausgesprochensten Form nicht oft vor; sie ist für die Gesundheit des Kindes nicht von ernster Bedeutung und lässt sich durch keine specielle Behandlung beseitigen". Die Affection ist beschrieben worden von Lees als „eigenthümliche Form von Behinderung der Athmung", von Gee als „Athemschwäche", von Goodhart als „infantiler Kehlkopfkrampf". Suckling beschrieb einen Fall als „congenitalen Kehlkopfstridor", während Löri den Namen „klonischer Krampf der Glottis" einführte.

Th. selbst berichtet über 5 Fälle; in 4 von diesen konnte er den Kehlkopf untersuchen, konnte jedoch, wie zu erwarten war, bestimmte Feststellungen dabei nicht machen.

Th.'s Arbeit ist so reichhaltig, dass ihr Inhalt schwer in einem Referat wiederzugeben ist und man sollte sie lieber im Original lesen. Folgende Punkte indessen verdienen als besonders interessant erwähnt zu werden: die 5 Fälle umfassen 3 Knaben und 2 Mädchen. Der Stridor begann in 3 Fällen bei der Geburt, in den zwei andern 1 Woche bez. 14 Tage nach der Geburt; der Stridor nahm während der ersten 2 oder 3 Monate zu, dann neigte er zur Besserung. Heiserkeit bestand dabei nicht, inspiratorische Einziehung der Brustwand und der Magengrube waren gewöhnlich ausgesprochen; Intermissionen waren in allen

Fällen vorhanden. Der Autor wirft die Affection danach mit dem Laryngismus zusammen.

In der Discussion, die sich anschloss, beschrieb Mc Bride einen Fall, den er vor einigen Jahren gesehen hat. Auch er hält die Krankheit in ätiologischer Beziehung für dem Laryngismus verwandt und bezieht sich auf Experimente von Semon, Horsley und Hooper, aus denen hervorzugehen scheint, dass beide Affectionen auf corticale Reizung zurückzuführen sind. Mc Bride hält die Krankheit für ein Analogon der inspiratorischen Krämpfe der Erwachsenen, von denen er mehrere Beispiele beobachtet hat. Ritchie, Carmichael und Mackenzie Johnston sprachen ebenfalls zur Discussion. P. MC BRIDE.

125) X. **Infantile Athemkrämpfe. (Infantile respiratory spasm.)** *Lancet. 12. November 1892.*

Einige redactionelle Bemerkungen über die Arbeit von Dr. John Thomson (Edinburgh), die im Vorstehenden referirt ist. MACKENZIE JOHNSTON.

126) F. M. Greene. **Laryngismus stridulus oder Glottiskrampf in weniger als 3 Stunden ad exitum führend. (Laryngismus stridulus or spasm of the glottis proving fatal in less than three hours.)** *Philad. Med. News. 3. December 1892.*

Die Mutter des 9jährigen Knaben wurde eines Nachts durch das Ringen des Kindes nach Luft geweckt und beobachtete, wie der Knabe seinen Hals umklammerte; sie versuchte, ihm ein Brechmittel zu geben; aber nach ein paar Momenten kamen so heftige Krämpfe, dass der Kleine ganz blau im Gesicht wurde. Es trat Coma ein und es war nun nicht mehr möglich, das Brechmittel zu geben. Der Knabe starb.

Todtenstarre bestand nicht. Das Aussehen des Knaben zeigte, dass er sehr schwer gekämpft hatte. Die Section wurde verweigert und so blieb über die Diagnose noch einiger Zweifel. Es war nicht wahrscheinlich, dass ein Fremdkörper in den Kehlkopf gerathen war und dadurch den plötzlichen Suffocationsanfall herbeigeführt hatte; ebensowenig konnte die Sache als ein Oedem aufgefasst werden, wie es selten, wenn überhaupt vorkommt, und für idiopathisch angesehen wird. Die Intelligenz und die Wachsamkeit der Mutter, die stets mit den gewöhnlichen Mitteln für die Behandlung einfacher Laryngitis ausgerüstet war, lässt den Gedanken nicht aufkommen, dass der Anfall schleichend war oder dass deutliche entzündliche Symptome vorausgingen. LEFFERTS.

127) Loos (Graz). **Die Tetanie der Kinder und ihre Beziehungen zum Laryngospasmus.** Leipzig, Druck von J. B. Hirschfeld. 1892.

Die unter Escherich's Leitung gefertigte Arbeit bezieht sich auf 74 Fälle von Tetanie (30 von Escherich früher mitgetheilte Fälle mit inbegriffen), welche in etwas mehr als 1 Jahre zur Beobachtung kamen, so dass daraus hervorgeht, dass diese Krankheit eine keineswegs seltene ist. Als Hauptresultat der Arbeit stellt L. den Satz auf, dass der Laryngospasmus das wichtigste diagnostische Symptom der Tetanie im Kindesalter sei. Freilich steht noch der Beweis aus, ob es einen Laryngospasmus ohne die übrigen Symptome der Tetanie giebt. Eben-

sowenig wie die Tetanie überhaupt, steht der Laryngespasmus in causalem Zusammenhange mit der Rachitis. Der Laryngospasmus ist eine gefährliche Erscheinung der Tetanie, welche auch in einigen der von Loos beobachteten Fälle den Exitus herbeiführte. SEIFERT.

128) **Gouguenheim. Hyperkinesen des Kehlkopfs. (Hyperkinésies du larynx.)** *Annales de méd. 1892. p. 313.*

Bei den hyperkinetischen Störungen des Kehlkopfs hat man 2 Klassen zu unterscheiden: 1. die Stenosen des Kehlkopfs, die man recht gewöhnlich beobachtet und 2. die Spasmen, die sich rein als functionelle Störungen ohne Störung der Athmung charakterisiren. — Nichts Neues. J. BARATOUX.

f. Schilddrüse.

129) **Moussu. Experimentelle Thyroidectomie. (Thyroidectomie experimentale.)** *Soc. de Biologie. 30. Juli 1892.*

Von 12 erwachsenen Kaninchen, die er thyroidectomirte, verlor Verf. nur eines; von 7 Jungen erlagen zwei. Danach ist bei Beobachtung der nöthigen Vorsichtsmassregeln die experimentelle Thyroidectomie doch nicht ein so tödtlicher Eingriff, wie Gley angegeben hat. Moussu konnte die operirten Thiere mehrere Monate lang am Leben behalten, ohne dass sie Krankheitserscheinungen darboten; bei den jungen Thieren ist dies nicht immer der Fall; junge Schweine zeigten eine deutliche Entwicklungshemmung und die Symptome von myxoedematöser Cachexie. J. BARATOUX.

130) **Cristiani. Die Thyroidectomie bei der weissen Ratte. (La thyroidectomie chez le rat blanc.)** *Acad. des sciences. 5. Sept. 1892.*

Die Totalexstirpation der Schilddrüse zieht bei diesem Thiere den Tod in wenigen Stunden oder in wenigen Tagen nach sich unter einem Symptomenkomplex analog dem bei andern Thieren und bekanntlich auch bei den Katzen beobachteten. In den Fällen, in denen das Thier überlebte, war die Exstirpation keine totale. Verpflanzt man die Thyroidea nach der Exstirpation in das Peritoneum, so wendet man die Krankheitserscheinungen ganz ab oder erleichtert sie doch soweit, dass das Leben des Thieres erhalten bleibt. J. BARATOUX.

131) **Godart u. Stosse. Erste Untersuchungen über die Functionen der Schilddrüse. (Premières recherches sur les fonctions du corps thyroïde.)** *La Presse Méd. Belge. No. 33. 1892.*

Die Autoren stellten sich die Aufgabe, den Mechanismus zu analysiren, gemäss dessen das Schilddrüsenextract auf die Oekonomie einwirkt; und dann, wie man das plötzliche Verschwinden von Oedem und das Auftreten der Diurese erklären könne. Anlegen einer Fistel des Duct. thoracic. an einem grossen Hund; Auffangen der Lymphe während eines gegebenen Zeitraums; darauf Injection

von Schilddrüsenflüssigkeit; darauf wieder Auffangen der Lymphe unter den gleichen Bedingungen wie zuvor.

Die Quantität und Qualität der Lymphe veränderte sich von den ersten Minuten nach der Injection an, um erst nach einer variablen Zeit ihren primitiven Charakter wieder anzunehmen. Ausser den Veränderungen der physikalischen Eigenschaften der Lymphe war eine tiefe Modification des Abflusses zu constatiren. Die Quantität der Abflussflüssigkeit nach der Injection war nämlich 4 mal so gross, als die vor derselben, und diese Zunahme hält einige Zeit an. Daraus glauben die Verf. schliessen zu können, dass eine lymphagoge Substanz vorliege, analog den von Heidenhain signalisirten.

BAYER.

132) **Hofmeister. Untersuchungen über die Bedeutung der Schilddrüse.** *Münchn. med. Wochenschr. No. 35. 1892.*

In einem im Verein der Aerzte zu Halle a. S. gehaltenen Vortrage bespricht H. zuerst den heutigen Stand der Schilddrüsenfrage und bestätigt, dass die Cachexia strumipriva als Folge des Schilddrüsenverlustes anzusehen ist, d. h. dass die Thyroidea höchst wichtige Functionen hat. Unter den Folgen der von Hofmeister an Kaninchen angestellten Thyrectomien sind folgende die wichtigsten. Die von Rogowitsch und Stieda gefundene Hypertrophie des Gehirnumfanges, ferner hochgradiges Zurückbleiben des Knochenwachsthums zugleich mit Verzögerung in der Verknöcherung der Epiphysenfugen, endlich folliculäre Hypertrophie der Ovarien mit bedeutender Ectasie der Venen. Der Cretinismus beruht wahrscheinlich in dem Verluste oder in einer hochgradigen Herabsetzung der Schilddrüsenfunction.

SCHENK.

133) **J. C. M. Given** (Liverpool). **Acute Schilddrüsenentzündung. (Acute Thyroiditis.)** *Lancet. 22. October 1892.*

Ein Bericht über einen Fall von acuter Thyroiditis bei einer Frau von 23 Jahren. Dieselbe hatte hohes Fieber, starke Schmerzen und eine grosse harte Geschwulst in der Gegend der Schilddrüse, welche heftige Athembeschwerden, sowie erhebliche Schluckbeschwerden verursachten. Die Behandlung war eine abwartende und die Pat. machte eine gute Reconvalescenz durch, wenn auch eine leichte Vergrösserung des linken Drüsenlappens eine Zeit noch bestehen blieb.

MACKENZIE JOHNSTON.

134) **Tschudi** (Wien). **Singultus-ähnliches Athmen bei einem Manne mit Struma, welche auf die Nervi laryngei superiores (??)[1] drückt.** Demonstrirt in dem wissenschaftlichen Verein der k. u. k. Militärärzte der Garnison Wien. Sitzung vom 6. Februar 1892. — *Wiener med. Wochenschrift. 1892. No. 29.*

Dasselbe entwickelte sich nach einem Falle auf die oberen Brustwirbel; bei Druck auf den N. lar. superior (?) dexter geht das Schluchzen in ein stenosenähnliches Athmen über. T. hält Druck auf den N. lar. superior (?) durch die Struma für die Ursache.

CHIARI.

---

[1]) Wahrscheinlich soll es heissen inferiores. Anmerkung des Referenten. (Es wäre aber doch auch Reflexwirkung vom Laryngeus superior aus denkbar. Red.)

135) **Dury. Aetherinjection in Kröpfe und Cysten. (Injection d'éther dans les goîtres et les kystes.)** *Annal. Soc. Méd. Liège. Juin 1892. La Presse Méd. Belge. No. 39. 1892.*

34 Fälle von Strumen wurden mit Erfolg durch interstitielle Injectionen von Jodoformäther (10 pCt.) behandelt. In einer Sitzung kann man 6 grm. Aether einspritzen, indem man den Tumor mit Einspritzungen von 2—3 Tropfen übersäe. Die Injectionen würden sehr gut ertragen, nie Entzündung, höchstens 1—2 Tage schmerzhafte Spannung. BAYER.

136) **A. Caddy. Bemerkungen über einen Fall von malignem Kropf, behandelt mittelst Excision. (Observations on a case of malignant goitre treated by excision.)** *Pacific Med. Journ. August 1892.*

Der Fall ist interessant wegen der Seltenheit, mit der der Krebs die Schilddrüse befällt und weil dieser Gegenstand in den meisten Lehrbüchern nur vorübergehend behandelt wird.

Die Pat. war eine Frau von 55 Jahren und die Geschwulst war zuerst vor 2 Jahren bemerkt worden. Die Pat. wurde anscheinend vollkommen wieder hergestellt und ist auch bisher wohl geblieben. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

137) **Hinterstoisser** (Teschen). **Beiträge zur Lehre vom Schilddrüsenkrebs. Beiträge z. Chirurgie. Festschr. f. Billroth.** 1892.

H. stellt die Fälle von Schilddrüsenkrebs, welche in den verflossenen 10 Jahren im Wiener pathologischen Institute zur Obduction gekommen waren, zusammen, es sind dies im Ganzen 50 Fälle bei einer Summe von 1869 Carcinomen. H. hebt hervor, dass die krebsige Infiltration wie die Perforation der Luftröhre durch proliferirendes Neubildungsgewebe ein verhältnissmässig seltener Befund sei beim Schilddrüsenkrebs, jedenfalls seltener als beim Sarcom der Schilddrüse.

SEIFERT.

138) **F. Caird** (Edinburgh). **Thyroidectomie. (Thyroidectomy.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli 1892.*

Vorstellung von zwei Patienten, beides Frauen, denen der rechte Lappen der Schilddrüse exstirpirt worden ist. P. MC BRIDE.

139) **Louise B. Fiske. Basedow'sche Krankheit — eine Uebersicht über 30 Fälle. (Exophthalmic goitre — a view of 30 cases.)** *Post-Graduate. Juli 1892.*

Eine vorläufige Mittheilung über 30 noch genauer zu publicirende Fälle von Basedow'scher Krankheit, die in der Neurologischen Abtheilung der Post-Graduate School behandelt worden sind. Was die Aetiologie dieser Erkrankung anlangt, so ist es eine gut gestützte Hypothese, dieselbe aufzufassen als eine Ernährungsstörung, die sich zuerst in den Athemwegen, später in den Digestionsorganen äussert und die durch irgend eine speciell reizend wirkende Ursache, wie Infection, Trauma, Ueberanstrengung oder Shok, zum Ausbruch kommt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

140) J. C. Thompson. **Bemerkungen über einen Fall von Basedow'scher Krankheit. (Notes on a case of exophthalmic goitre.)** *Pittsburgh Med. Review. Juli 1892.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

141) **Redactionelle Notiz. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre.)** *Med. Record. 27. August 1892.*

Eine allgemeine Uebersicht über dieses Thema. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

142) **Alexander Napier. Bemerkungen über einen Fall von Myxoedem, der mit subcutanen Injectionen eines Extractes von Schafsschilddrüse behandelt wurde. (Notes of a case of myxoedema treated by means of subcutaneous injections of an extract of sheeps thyroid.)** *Glasgow Med. Journ. Sept. 1892.*

Der Fall besserte sich erheblich. P. MC. BRIDE.

g. Oesophagus.

143) **C. H. Mc Ilwraith** (London). **Letal verlaufender Fall von Asphyxie bei einem Kinde infolge von Fremdkörper im Oesophagus. (Fatal case of asphyxia in an infant from foreign body in oesophagus.)** *Lancet. 10. Sept. 1892.*

Das Kind wurde in das Spital gebracht in fast asphyctischem Zustand, nachdem es während des Essens plötzlich einen Erstickungsanfall bekommen hatte. Es wurde die Tracheotomie gemacht und künstliche Athmung eingeleitet, aber ohne Erfolg. Bei der Section fand sich ein Stück harten Knorpels im Oesophagus eingekeilt, derart, dass es nach oben drückte und beide Bronchien an der Bifurcation fast völlig verschloss. MACKENZIE JOHNSTON.

144) **D. Saritschew** (Moscau). **Oesophagotomie zur Entfernung von Fremdkörpern. (Oesophagotomia dlja udalenia inorodnich tel.)** *Chirurg. letop. 1891. No. 1.*

Bei einem Pat., der angab, einen Fischknochen verschluckt zu haben und nicht schlucken konnte, wurde nach dem Eröffnen des Oesophagus kein Fremdkörper gefunden. Naht des Oesophagus. Heilung per primam.

Beim zweiten Pat. wurde ein Knochenstück von $3^1/_2$ cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite entfernt. Heilung.

In Fällen, wo keine Entzündung vorliegt, näht Verf. die Oesophagus- und die Hautwunde, legt in den unteren Wundwinkel einen Drain hinein und erlaubt seinen Pat. sehr bald nach der Operation Flüssigkeit, in kleinen Schlucken, zu sich zu nehmen. LUNIN.

145) **N. Stukowenkow** (Moscau). **Ein Fall von Oesophagotomie. (Slutschai Oesophagotomii.)** *Chirurg. letop. 1891. No. 1.*

Am siebenten Tage nach dem Steckenbleiben eines Knochens in der Speiseröhre wurde dieselbe geöffnet und unterhalb der Wunde der Knochen gefunden.

Jedoch sass derselbe so fest, dass es nicht gelang, denselben zu entfernen. Die Wunde wurde tamponirt, um am anderen Tage nochmals die Extractionsversuche vorzunehmen. Doch bevor es dazu kam, wurde das eingekeilte Knochenstück während eines Brechactes ausgebrochen. Heilung.

Verf. meint, durch die Oesophaguswunde wurde die Spannung in demselben geringer, so dass es schon eines Brechactes genügte, um den Knochen zu entfernen.

LUNIN.

146) **Herbert W. Page** (London). **Zwei Fälle von Krebs des Oesophagus. (Two cases of cancer of the oesophagus.)** *Med. Press. 27. April 1892.*

Ein Bericht über zwei Fälle von Oesophaguscarcinom; in dem einen lag anscheinend eine Ausbreitung der Krankheit durch den Schlund nach abwärts in Folge von Inoculation von einer darüber befindlichen Geschwulstmasse statt. In dem anderen Falle wiesen die Symptome eher auf eine Caries der Wirbelsäule als auf eine Erkrankung des Oesophagus hin. Bei der Section jedoch fand sich ein Epitheliom des Schlundes ohne Stenose und die Erkrankung hatte zwei Rückenwirbel infiltrirt und das Rückenmark ergriffen.

MACKENZIE JOHNSTON.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Juni 1892.

Flatau demonstrirt ein für die Beseitigung von Synechien in der Nase bestimmtes Messer, das nach dem Princip des Doppelmessers gebaut ist.

Heymann zeigt das Präparat eines an Oesophaguscarcinoms verstorbenen 52jährigen Mannes, bei dessen Lebzeiten man nur eine erhebliche Vergrösserung des linken Aryknorpels und eine Lähmung des linken Stimmbandes constatiren konnte.

Scheinmann empfiehlt die genaue Besichtigung der Sinus pyriformes bei Verdacht auf hochsitzende Oesophaguscarcinome.

B. Fränkel empfiehlt statt „hochsitzendes Oesophaguscarcinom" den rationellen Ausdruck: Carcinom der vorderen Pharynxwand.

Heymann demonstrirt dann eine Tonsille, in deren einer Lacune ein bohnengrosser bläulicher Tumor sichtbar ist; derselbe erweist sich unter dem Mikroskop als ein blutreiches Granulom.

Discussion über Davidsohn's Vortrag: „Zur Durchleuchtung des Antrum Highmori".

Flatau glaubt umsoweniger an die Richtigkeit des Satzes, dass bei Durchleuchtung der Augen kein Eiter im Antrum ist, als ihn eine eigene Beobachtung das Gegentheil gelehrt.

Heymann hat ebenfalls einen solchen Fall beobachtet.

Scheinmann hat selbst Wochen nach dem Schwinden der Eiterung noch das Auge der erkrankten Seite dunkel bleiben sehen.

Meyer sah die Durchleuchtung der Augen am besten bei schräger Blickrichtung und möglichst intensiver Helligkeit der Durchleuchtungslampe.

Musehold:

„Ein neuer Apparat zur Photographie des Kehlkopfes."

Der Apparat besteht im Wesentlichen aus einem Keppler'schen Fernrohr, das für die Entfernung von 28 cm — Glottisebene — eingestellt ist. Das vom Objectiv entworfene reelle Bild wird durch das Ocular, eine auf der hinteren Wand der Kassette befestigte verstellbare Lupe, scharf eingestellt und durch Vorschieben einer empfindlichen Platte aufgefangen. Deswegen besteht die Kassette aus einem Kasten, in dem sich ein die Visirscheibe und rechts daneben die empfindliche Platte enthaltender Schlitten befindet. Die durchsichtige Visirscheibe trägt auf der vorderen Fläche ein Mikrometer, auf dem die Lupe unter Ausschluss der Accommodation scharf eingestellt wird. Einstellung des Kehlkopfspiegels, Annäherung des Apparates bis das Kehlkopfbild scharf sichtbar ist. Dann befindet sich das reelle Bild in einer Ebene mit dem Mikrometer und der vorderen Fläche der empfindlichen Platte. Die Führungsstange wird in die Kassette eingeschoben, so dass an Stelle der Visirscheibe die empfindliche Platte tritt und gleichzeitig durch electrischen Contact ein explosiver Magnesiumblitz zur Beleuchtung entzündet wird. Die erzielten Bilder entsprechen $^4/_5$—$^5/_6$ der natürlichen Grösse.

M. fertigt in der Sitzung einige wohlgelungene Photographien an.

Sitzung vom 15. Juli 1892.

Landgraf stellt einen Pat. vor, bei dem man unterhalb des gegen die Mittellinie hervorragenden rechten Taschenbandes graurothe grosse Wülste sieht, nach deren Zurückschieben das Stimmband bemerkbar wird; der Eingang in den Ventrikel ist nicht zu sehen. L. hält das für eine Eversio ventriculi.

Ein von dem Wulst entferntes Stück zeigt mikroskopisch die Structur des Taschenbandes. — P. empfand im vorigen Jahre einen intensiven Schmerz in der rechten Seite des Halses ohne Husten; später trat Heiserkeit auf.

P. zeigt kein Zeichen von Lues.

Wenn sich am Schildknorpel ein (gummöser) Process abspielte, so würde ja die Anheftung des Ventrikels gelockert werden.

A. Rosenberg berichtet über einen ähnlichen Fall, nur war der Wulst bei Weitem nicht so gross wie hier; die mikroskopische Untersuchung der herausgenommenen Schleimhautfalte ergab ebenfalls die Charaktere des Taschenbandes.

B. Fränkel hält diesen Fall auch für eine Eversion; er glaubt einen Defect am Aryknorpel gesehen zu haben, der auf eine etwa voraufgegangene Perichondritis hindeutet.

E. Meyer stellt einen 52j. Patienten vor, bei dem eine Struma durch die Trachealwand hindurchgewachsen ist und tracheoskopisch als ein über bohnengrosser Tumor zu sehen ist; er hält dies für einen den Paltauf'schen Fällen ähnlichen, bei denen es sich um das Durchwachsen einer nicht malignen Vergrösserung der Schilddrüse handelt.

Scheier spricht über

„Intubation des Kehlkopfs."

Von 13 Fällen von Diphtherie sind zwei geheilt — es handelte sich um eine recht schwere Epidemie; ein dritter wurde später tracheotomirt, die übrigen 10 starben gewöhnlich an descendirendem Croup. Schluckbeschwerden machte die Tube nicht. Die Methode verlangt ein geschultes Pflegepersonal, und der Arzt muss immer schnell erreichbar sein. Die Ernährung machte gewöhnlich keine zu bedeutenden Schwierigkeiten.

2 mal Decubitus der Trachea; einmal Erosion am linken Stimmband.

Nach der Tracheotomie wurde die Intubation in 4 Fällen angewandt: 1. Membranartige Bildung im oberen Wundwinkel. 2. Granulationsgeschwulst — nach 8 Tagen Heilung. 3. Diphtherie der Wunde mit sehr starken Blutungen und Granulom der Trachea — Heilung. 4. Diphtherie der Wunde mit tiefer Knorpelnekrose.

Bei chronischen Stenosen: 1. Fractur des Schild- und Ringknorpels durch Hufschlag. 2. 2 Fälle von Lues, Laryngofissur, Excision von Narben, Schrötter'sche Zinnbolzen, Intubation. 3. Inspiratorischer functioneller Stimmritzenkrampf. 4) Chorditis vocalis inf. nach Influenza. — In allen Fällen guter Erfolg.

A. Rosenberg berichtet über 1 Fall von mit Intubation behandeltem Croup, der innerhalb 8 Tagen heilte; daneben wandte er dieselbe (in der Universitätspoliklinik) in 7 Fällen an, in denen sie den gewünschten Erfolg brachte: 1. Granulationsstenose bei einem wegen Perichondritis cricoidea syphil. tracheotomirten Pat.; 2. bei hysterischem Adductorenkrampf; 3. passagere Intubation bei multiplen Papillomen eines Knaben, wenn Erstickungsgefahr eintrat; 4. Laryngitis subglottica; 5. Juxtapposition der Stimmbänder bei einem wegen einer tuberkulösen Perichondrit. cricoid. tracheotomirten Pat.; 6. frische Perichondrit. cricoid. — 8 Tage lang trug Pat. die Tube; 7. Membranbildung im vorderen Theil

zwischen den Stimmbändern — galvanokaustische Zerstörung mit nachfolgender Intubation.

R. geht dann auf die Wichtigkeit gute Instrumente zu haben ein sowie auf die Technik und combinirt in manchen Fällen die Intubation mit anderen Methoden.

Flatau sah bei doppelseitiger Posticuslähmung nur vorübergehende Besserung nach der Intubation; ein Fall hochgradiger Pachydermie besserte sich erheblich.

Sitzung vom 4. November 1892.

Treitel zeigt Fibrinmassen aus der Nase und dem Nasenrachen bei Vorhandensein eines soliden Tumors der Nase, dessen Natur noch nicht bestimmt ist.

Heymann demonstrirt 1. einen Pat. mit ausgedehnten Varicen an der Unterlippe, der Wangenschleimhaut, des Velum, der Epiglottis und aryepiglottischen Falten; 2. eine Pat. mit „umgekehrter Insertion" (?) der Uvula und 3. ein Präparat von Carcinoma laryngis, das, wie

B. Fränkel hervorhebt, insofern von besonderer Bedeutung, als hier ein Carcinoma ventriculare, den Knorpel durchbrechend, die Schilddrüse befällt.

Lublinski zeigt ein kirschkerngrosses Papillom, das er vom weichen Gaumen eines 21j. Mannes entfernt hat und das keine Symptome machte; ein ebensolches fand er bei einer 54j. Dame. Schliesslich erwähnt er eines Falles von „tuberkulösem Empyem" der Highmorshöhle bei einem 28j. Manne, bei dem neben einer Mund- und Pharynxtuberkulose und schon vor ihrem Auftreten eine Eiterung in der Oberkieferhöhle bestand und Tuberkelbacillen gefunden wurden.

B. Fränkel glaubt, dass das Empyem ursprünglich wohl nicht tuberkulös gewesen und eine Einwanderung der Bacillen wohl von der Pharynx- oder Mundtuberkulose später stattgefunden.

Katzenstein stellt einen 52j. Pat. vor, bei dem vor 4 Jahren unter einer Schmierkur Ulcerationen im Larynx geheilt waren, während einer gleichzeitig bestehenden Stenose in Folge von Infiltration der Taschenbänder, theilweise Verwachsung der Stimmbänder. Wiederholte Schmierkur ohne Erfolg. 1891 Tracheotomie; an der Tracheotomiewunde Infiltration, rapide Zunahme, so dass jetzt ein apfelgrosser in Zerfall begriffener Tumor am Halse vorhanden, der sich mikroskopisch als Carcinom erwies und verschiedene Metastasen gemacht hat.

B. Fränkel:

„Der Ventriculus Morgagni."

Der Eingang in den Ventrikel ist der Raum zwischen Taschen- und Stimmband, dann kommt der eigentliche Ventrikel und schliesslich seine Ausstülpung nach oben, der Appendix oder Blindsack (Luschka).

Redner demonstrirt äusserst gelungene Photographien von Serienschnitten

des Ventrikels, sowie anatomische Präparate, die ihn als mehr oder minder langen und mehr weniger nach aussen gelegenen Spalt unter dem Taschenband zeigen. Seine untere Grenze bildet die obere Fläche des Stimmbandes, seine obere die untere Fläche des Taschenbandes, seine äussere oder hintere die äussere Larynxwand, von der er nur durch Muskelbündel der Thyreoarytaen. int. und ext. und Drüsen, die sich in den Ventrikel ergiessen, getrennt ist. — Die Wand des Appendix zeigt, wie man bei stärkerer Vergrösserung unter dem Mikroskop sieht, adenoides Gewebe mit vielen echten Follikeln, Ausführungsgänge von traubenförmigen Drüsen, so dass er den Lacunen der Tonsillen vergleichbar und ihnen als gleichwerthig anzusehen ist. Es gelangt viel Flüssigkeit in diesen Spalt, die die Muskulatur bei der Phonation auspresst, um die Stimmbandoberfläche feucht zu erhalten. Bei der sog. Eversio ventriculi handelt es sich wohl gewöhnlich um eine Vorstülpung der eigentlichen Larynxwand, wenigstens sei es zweifelhaft, ob der lange schmale einem Ausführungsgang ähnliche Appendix durch die enge Pforte vorfallen könne. Mehrere interessante Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Sitzung vom 2. December 1892.

Herzfeld stellt eine 40jährige Frau mit einem fast die ganze linke Nase und das autrum maxillare ausfüllenden, den harten Gaumen vortreibenden Tumor vor, der Anfangs Symptome eines Empyems machte, so dass eine Anbohrung und Ausspülungen vorgenommen wurden, wonach eine vorübergehende Besserung eingetreten war. Die zunächst in der Nase sichtbaren Tumormassen machten makroscopisch den Eindruck von Schleimpolypen; leider unterblieb eine mikroscopische Untersuchung.

Katzenstein stellt einen Patienten mit Bulbärparalyse vor, der neben den gewöhnlichen Symptomen eine linksseitige Hypästhesie und Lähmung des Velum und Medianstellung des linken Stimmbandes zeigt, das etwas tiefer als das rechte steht und ebenso wie dieses einen excavirten Rand hat; die Sensibilität des Larynx fast erloschen. Gekreuzte Doppelbilder, Abducenslähmung, Staphylome.

Die Medianstellung spricht für die frühere Erkrankung des Posticus; da wahrscheinlich (wegen der Anästhesie) Störung im Gebiet des laryng. sup. vorhanden, der excavirte Stimmbandrand.

Dass es sich übrigens um keinen Reflexspasmus handelt, zeigte die Cocainisirung, die keine Aenderung der Stimmbandstellung hervorrief.

E. Meyer:

Die electrolytische Behandlung der Leisten des Septum narium.

M. empfiehlt auf Grund von 23 in dieser Weise behandelten Fällen aus der Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke die elektrolytische Methode und bevorzugt die Doppelnadel, die weniger schmerzhaft und intensiver wirke als die einfache. Sie wird in die gut cocainisirte Leiste eingestochen, dann der Strom

bis zu 20 M.-A. gesteigert; Dauer der Sitzung 10 Minuten. Nächste Sitzung erst nach Abstossung des Schorfs. M. sieht den Hauptvorzug der Electrolyse darin, dass eine Nachbehandlung nicht nothwendig ist; Blutungen kommen nicht vor; ein Nachtheil ist die längere Dauer gegenüber anderen Methoden. Er kommt zu dem Resultat, dass die Electrolyse in allen Fällen, in denen es nicht auf möglichst schleunigste Entfernung der Cyste ankommt, oder in denen es sich um besonders grosse oder ganz kleine Septumverbiegungen aufsitzende Leisten handelt, geeignet sei, die übrigen Methoden zu ersetzen.

A. Rosenberg sieht den Vorzug der Electrolyse ebenfalls in dem Umstande, dass eine Nachbehandlung unnöthig; er empfiehlt zur Beschleunigung des Verfahrens kürzere Pausen zwischen den einzelnen Sitzungen zu machen, was man nach seiner Erfahrung an mehreren Patienten ungestraft thun könne.

Scheinmann stimmt dem nach seinen bei Larynxaffectionen und Rhinitis hyperplastica gemachten Beobachtungen zu.

Flatau sah ebenfalls in manchen Fällen gute Erfolge von der Electrolyse, die aber in Knochen einen sehr grossen Widerstand findet; bei manchen Patienten beobachtete er starke Reactionen und selbst die submucöse Cocaininjection schützt nicht immer vor manchmal recht heftigem Schmerz.

A. Rosenberg.

---

b) Jahresversammlung Belgischer Laryngologen und Otologen.

Lüttich, Pfingsten 6. Juni 1892.

Vorsitzender: Dr. Schiffers.

Die Versammlung zählt 24 Mitglieder; ausländische Collegen sind zahlreich vertreten. Die Sitzung findet im „Hôpital de Bavière“ statt.

Schiffers beginnt mit der Bewillkommnung der Gäste, und schliesst daran an die Vorstellung von 3 Patienten, von denen der erste einen wegen wuchernder Kehlkopfpapillome Tracheotomirten betrifft, bei welchem nachträglich die Tumoren intralaryngeal entfernt, darauf Einblasungen von Pulv. Sabin. et Tannini ana. gemacht worden waren (Sch. ist geneigt, letzteren eine antirecidive Wirkung zuzuschreiben); der zweite einen Fall von Diverticulum oesophagi in der Höhe des Halses im Verein mit einer Struma, welche durch Compression zur Entstehung desselben Veranlassung gegeben hatte; der dritte, einen Fall von Lues, welche ausschliesslich die Epiglottis betroffen und dieselbe im laufenden Jahre zum vollständigen Schwund gebracht hatte; rasche Heilung durch specifische Behandlung.

Capart stellt ein Kind vor, bei welchem sich nach der Operation adenoider Vegetationen ein fibröser Nasenrachenpolyp gebildet hatte, der durch Electrolyse beseitigt wurde; ferner spricht C. über 3 Fälle einer eigenthümlichen Pharyngomycose (?) mit Diphtheritis resp. hühnerdiphtheritisartigen Erscheinungen. Bei

allen Dreien existirten ausgedehnte weisse Belege, bespült von schleimartigem Secret, sowie Accommodationslähmungen und Mydriasis. Der eine Patient hatte mit diphtheriekranken Tauben zu thun gehabt und die zwei andern hatten unmittelbar vor der Erkrankung eine Feldhuhnpastete genossen, worauf sich schwere Symptome: Brechdurchfall, Trockensein im Halse, Pupillenerweiterung, wie nach einer Vergiftung, einstellten, mit gleichzeitigem Auftreten von weissen Plaques auf rothem Grunde an den Gaumenbögen, Mandeln und der hintern Pharynxwand. — Bei der Discussion spricht sich Schiffers zu Gunsten einer unregelmässigen Form von Diphtheritis aus.

Delie (Ypres) zeigt das Präparat eines Falles von hypertrophischer Acne rosacea vor, bei welchem er die mittlere Hälfte der häutigen Nasenbekleidung in Form eines dreieckigen 1 cm dicken Lappens entfernt hatte; vermittelst eines transversalen Schnittes nach der Wange hin und Lospräpariren des Lappens gelang es ihm, die Haut nach der Nase hin zu verschieben und ein schönes Resultat theils per primam theils durch Granulationsbildung zu erzielen.

Schuster (Aachen) spricht über Angina mercurialis, wie sie häufig im Gefolge der Inunctionscur an den von den Gaumenbögen verdeckten Partien der Mandeln beobachtet wird; man entdeckt sie da in der Mandelnische beim Abziehen des Gaumenbogens; sie liefert ein eitriges mit Blut vermischtes Secret und käseartige Pfröpfe, welche beim Pressen auf die Mandel hervortreten; die dabei bestehenden Schlingbeschwerden verschwinden mit Entfernung der letzteren. Das Auftreten der Angina mercurialis ist ein Wink zum Aufhören mit der Mercurialbehandlung, weil die Symptome sich sonst nur verschlimmern. Die Heilung erfolgt von selbst.

Wagnier (Lille) berichtet über einen Fall von pemphigusartiger Blaseneruption im Larynx, welche sich durch ihr exclusiv auf den Larynx beschränktes Auftreten von beinahe allen anderen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen unterscheidet; ausserdem nahm die Affection einen acuten Verlauf: Unter den Symptomen einer acuten Halsentzündung entwickelten sich zwei kleinhaselnussgrosse Blasen von gleichem Aussehen und Volumen; die eine sass auf der Vorderfläche der Epiglottis, die andere nahm die des linken Aryknorpels oberhalb der Glottis ein, ohne die Stimmbänder zu berühren; letztere wurde punctirt, erstere barst spontan; nach 16 Tagen war kaum noch eine Spur zu bemerken; seit einem Jahr kein Recidiv. W. stellt die Diagnose Pemphigus und wird den Patienten im Auge behalten, um später noch darüber berichten zu können.

Wodon spricht über einen Fall von Näseln, bedingt durch totale Hypertrophie der rechten unteren Nasenmuschel, Verdickung des weichen Gaumens und der hinteren Gaumenbögen, sowie des Zäpfchens; Heilung durch galvanocaustische Behandlung und durch Electrisiren.

Bayer trägt die Geschichte eines primären Kehlkopfkrebses vor. Der Patient hatte sich ihm unter den Erscheinungen der grössten Dyspnoe vorgestellt. Nach Feststellung der Diagnose durch die microscopische Untersuchung eines

exstirpirten Stückchens wollte B. den Versuch machen, die Stenose auf endolaryngealem Wege zu beseitigen, musste aber wegen der eintretenden Hämorrhagie die Intubation vornehmen, welcher er die untere Tracheotomie folgen liess. 14 Tage darauf wurde von Dr. Lavisé die Radicaloperation vorgenommen, und zwar zuerst die Laryngotomie, und als diese sich ungenügend erwies, die Laryngectomie, die ohne alle Reaction verlief. Nach vier Wochen konnte B. einen künstlichen Gussenbauer'schen Kehlkopf einsetzen, mit welchem der Patient recht deutlich sprechen konnte. Recidive nach drei Monaten; plötzlicher Tod.

In einem zweiten Vortrag spricht B. über Affectionen des Respirationsapparates beim Typhus und als Vorläufer desselben mit besonderer Berücksichtigung typischer typhöser Pharynxgeschwüre, welche mit Recht eine böse Reputation verdienten, obgleich sie an und für sich harmlos sind. Dieselben treten gleich zu Anfang auf und präsentiren sich auf den Gaumenbögen, am und um das Zäpfchen herum, am Gaumensegel etc. als oberflächliche ovale und runde Substanzverluste ohne Belag mit scharfen und gezackten Rändern, wahrscheinlich von den Follikeln ausgehend, und verschwinden schon Ende der dritten Woche. B. führt einen einschlägigen characteristischen Fall an und macht die Literaturangaben, von welchen allerdings nur sehr wenige gemacht werden können.

Sodann zeigt Koch (Luxemburg) einen Hammelsknochensplitter vor, welcher zwischen die Stimmbänder eines 7jährigen Kindes eingekeilt war; da die Extractionsversuche erfolglos geblieben, nahm K. die Tracheotomie vor, und von der auseinandergeklappten Trachealwunde aus gelang es ihm, denselben mit einer gebogenen Zange nach der Mundhöhle hin zu befördern. Er zieht daraus folgende Schlüsse, dass man in derartigen Fällen 1. vor allem die Tracheotomie machen und eine Canüle einführen müsse, um das Kind ausruhen zu lassen; 2. vorsichtige Extractionsversuche auf natürlichem Wege anstellen könne, aber 3. wenn diese nicht gelängen, man tief narcotisiren und einen Mundsperrer anlegen müsse, um sodann nach entfernter Canüle mit zwei Fingern in die Glottis einzugehen, die Trachealwunde weit auseinander zu ziehen und dann mit einem stumpfen, gehörig gekrümmten Instrumente den Fremdkörper nach oben herauszubefördern; dass man 4. dieses Verfahren nur bei eingekeilten Fremdkörpern vornehmen solle; bei einem ganz frischen Falle könne man 5. die Trachealwunde sofort darauf schliessen und sogar primam intent. erzielen; natürlich müsse man 6. den Kehlkopf in absoluten Ruhestand versetzen.

Hicquet theilt einen Fall von Trachealabscess mit, der zu einer Discussion Veranlassung gab zwischen H. und Delie, Eeman, Gougenheim, Beco, Boland und Schiffers, welche die Wahrscheinlichkeit einer perforirenden vereiterten Lymphdrüse hervorheben. Die Symptome des Falles von H. waren: Aphonie, Lähmung des linken Stimmbandes, später Erstickungsanfälle mit ausgesprochener Larynxstenose, besonders beim Exspirium; in der Trachea war nichts zu sehen; plötzlich entleerte sich eine Tasse Eiter und die Respiration ward frei; der Kranke stirbt drei oder vier Tage nachher. Autopsie nicht gestattet.

Noquet (Lille) macht die histologische Demonstration eines Nasentumors, welchen er vergangenes Jahr als Papillom vorgestellt hatte; nach den microscopischen Untersuchungen von Lemonie (Lille) und Laurent stellte sich heraus, dass man es mit einem myxomatösen Polypen zu thun hatte.

Zum Schlusse theilt Boval die Operation eines fibrösen Nasenrachenpolypen vermittelst der galanocaustischen Schneideschlinge mit.

Dank dem liebenswürdigen Präsidenten und den anderen Lütticher Collegen für den gastlichen Empfang und die angenehmen Stunden, welche sie den Theilnehmern bereitet haben! Bayer.

III. Briefkasten.

Personalia.

Herr Dr. J. Baratoux ist von seiner Stellung als Mitarbeiter des Centralblatts zurückgetreten. Für seine regelmässige Thätigkeit während seines Verhältnisses zu dem Blatte sei ihm der beste Dank gesagt.

Dr. Greville Macdonald ist zum Leiter der Abtheilung für Halskrankheiten am King's Hospital (London) ernannt worden.

Der neugegründeten Londoner laryngologischen Gesellschaft sind ausser den in der letzten Nummer genannten noch 19 weitere britische Laryngologen als fundirende Mitglieder beigetreten.

Die Laryngologische Section des XI. Internationaler Medicinischen Congresses.

Folgendes sind die Themata der allgemeinen Discussionen:

1. Die motorische Kehlkopfinnervation.
2. Die Pachydermie des Kehlkopfs.
3. Die Indicationsgrenzen bei der Localbehandlung der Kehlkopftuberculose.
4. Die Intubation des Kehlkopfs beim Erwachsenen.

5. Vergleichung zwischen der Electrolyse und den anderen chirurgischen Methoden bei der Behandlung der Deviationen und Excrescenzen der Nasenscheidewand.

Die Referenten für obige Themata sind noch nicht endgültig bestimmt. —

Dr. Mount-Bleyer wird eine micro-photographische Demonstration veranstalten.

Archiv für Laryngologie und Rhinologie.

Unser verehrter früherer Mitarbeiter, Prof. B. Fränkel beabsichtigt im Verlage von A. Hirschwald ein in zwanglosen Heften von mindestens 10 Druckbogen in gr. 8 Format erscheinendes „Archiv für Laryngologie und Rhinologie" herauszugeben, das für die Veröffentlichung grösserer wissenschaftlicher Arbeiten aus unserem Gebiete, besonders solcher, die mit Abbildungen versehen sind bestimmt ist, und grundsätzlich sich aller Referate enthalten wird. Wir wünschen dem Unternehmen alles Gute.

Eine Correctur.

In meinem Referat über das Buch von Grünwald: „Die Lehre von den Naseneiterungen" in diesem Centralblatt IX., No. 8, sind einige störende Druckfehler enthalten: S. 412, Zeile 10, soll es heissen (Schäffer) statt (Schiffer), ferner Zeile 15, dass es keine „genuine" Form der Rhin. etc. statt „genauere" Form.

Bei dieser Gelegenheit will ich gern einem Wunsche des Autors um Aenderung einiger Stellen in meinem Referate entsprechen, indem ich bezüglich des Passus Zeile 15 auf Seite 50 des Originals verweise, wo es unter Absatz 7 heisst, dass der Nachweis einer genuinen Atrophie in der Nase mit consecutiver Bildung stinkender Borken bis heute in keinem Falle auch nur zur Wahrscheinlichkeit erbracht ist. Ferner ist Herr Grünwald der Meinung, dass man sich an dem Ausdruck „extrem" Seite 29 stossen könnte. Ich erkläre, dass ich bei der Wahl dieses Ausdrucks durchaus nicht daran gedacht habe, dem Autor der Kritiklosigkeit zu zeihen. Seifert.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. **Berlin, Mai.** **1893. No. 11.**

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, Allgemeines etc.

1) **J. Singer** (Prag). **Jahresbericht über das Poliklinische Institut in Prag für 1891.** *Prager med. Wochenschr. 1892. No. 46.*

Krankheiten der Respirationsorgane. Unter den 877 nur ganz kurz erwähnten Fällen von Krankheiten der oberen Respirationswege findet sich ein Fall von Abscessus tonsillae chronicus erwähnt, von dem es heisst, dass derselbe seit einem halben Jahre besteht. Die rechte Mandel war wallnussgross, halbkugelig, gelb, fluktuirend. Beim Einstich entleerte sich im Strahle gelber dünnflüssiger Eiter. Heilung. CHIARI.

2) **John Croft** (London). **Drüsenschwellung am Halse, Umwandlung in ein pulsirendes geschwulstähnliches Aneurysma; Ligatur der Carotis communis und interna und der Vena jugularis interna. (Glandular swelling in neck; conversion into a pulsating tumour like aneurism; ligature of common and external carotids and of the internal jugular vein.)** *British Medical Journal. Jan. 30. 1892.*

Der Titel giebt den Inhalt des Falles, der von hauptsächlich chirurgischem Interesse ist, wieder. Der Patient genas. Auch die Discussion bewegte sich fast ausschliesslich um die Frage der Technik der Operation. SEMON.

3) **Marchand. Phlegmonen am Halse. (Des phlegmons du cou.)** *Soc. de Chir. 20. Juli 1892.*

Die primären tiefen Phlegmonen des Halses lassen sich je nach ihrem Sitze in 2 Categorien theilen: Die einen nehmen ihren Ursprung in der Gefässscheide der Carotiden, die andere in dem Spatium maxillo-pharyngeum. Es handelt sich dabei immer um Drüsenentzündungen im Anschluss an Anginen, an Entzündungen der Kiefer und der Zähne.

Die Lymphadenitiden unter der Carotis sitzen unterhalb des Warzenfortsatzes und suchen sich einen Weg in's Mediastinum oder nach oben, seitlich von den Ansätzen des Sternocleidomastoideus. Der Zustand des Kranken ist von Anfang an ein schwerer, mit Zufällen von Seiten der Trachea und mit dyspnoischen Symptomen infolge der Verlagerung dieses Organs. Die Incision dieser Abscesse ist darum eilig zu machen und sie muss tief gehen, analog der zur Unterbindung der Carotis externa anzulegenden Incision. Wenn man den Heerd nicht findet, kann thatsächlich ein Durchbruch ins Mediastinum anticum erfolgen, rings um die Trachea, welche comprimirt wird, oder aber der Abscess folgt der Carotis externa und ergreift die Parotisgegend.

Die maxillo-pharyngealen Lymphadenitiden haben im Allgemeinen ihre Ursache in Zahnkrankheiten und im besonderen in der Entwicklung des Weisheitszahnes. Hierbei besteht stets eine Contractur der Kiefer. Die seitliche Rachenwand bildet im Munde eine harte Hervorragung, die den Schlund verengt. Der Hals ist geschwollen; die Phlegmone greift dann auf die Regio carotidea und die ganze Basis des Halses über. Man beobachtet dabei asphyctische Zufälle, die manchmal die Tracheotomie nöthig machen. J. BARATOUX.

4) Vandaele. **Beitrag zum Studium der serösen Bursa praethyroidea und ihres Hygroms. (Contribution à l'étude de la bourse séreuse préthyroïdienne et de son hygroma.)** *Thèse de Paris. 1892.*

Nach dem Verf. ist das Vorkommen des serösen Bursa praethyroidea beim Kind zweifelhaft, relativ selten bei der Frau, dagegen häufig beim erwachsenen Mann und fast constant beim Greise. Diese Bursa kann, wie alle andern Schleimbeutel, Sitz eines Hygroms werden. Diese Geschwulst kommt auch thatsächlich vor, und zwar hat sie ein Ensemble von Symptomen, die ausreichen, um sie von congenitalen Affektionen zu unterscheiden. Sehr gewöhnlich entzündet sich die Geschwulst und eitert, aber auch das einfache Hygroma praethyroideum kommt ohne Zweifel vor; wenn es auch selten beobachtet ist. J. BARATOUX.

5) A. Nieden. **Ein Fall von functionellem Torticollis bedingt durch eine Augenmuskellähmung.** *Centralbl. f. pract. Augenheilk. Nov. 1892.*

Die Schiefhaltung des Kopfes nahm zu, wenn der 11j. Knabe einen Gegenstand scharf beobachtete. Lähmung des Rect. sup. sin., so dass der Bulbus nur 1,5 mm sich activ über die Horizontale erheben konnte, die Drehung nach oben und innen beschränkt war. Durch das Uebergewicht des Antagonisten wurde der Bulbus ca. 1,5 mm tiefer als das rechte Auge gehalten — Strabismus infra vergens. Das Doppeltsehen zwang Pat. zu der fehlerhaften Kopfstellung, die ihm z. T. die Selbstkorrektion seiner Augenmuskellähmung ermöglichte.

Nach Vorlagerung der Sehne des Rect. sup. trat der gewünschte Erfolg ein.

A. ROSENBERG.

6) A. Graefe. **Torticollis und Augenmuskellähmung.** *Centralbl. für Augenheilk. Dec. 1892.*

Gr. bemerkt zu dem Nieden'schen Fall, dass es sich vielleicht um eine Lähmung der rechtsseitigen Abwärtswender gehandelt hat. A. ROSENBERG.

7) **Sinclair Tousey. Frau Gelly, ein Unicum von Hals-Demonstrationsobject. (Frau Gelly: a unique throat subject.)** *N. Y. Medical Journal. 29. October 1892.*

Die Geschichte einer alten Bekannten von Hunderten der Leser des Centralblatts. Frau Gelly erfreut sich des wahrscheinlich einzigen Ruhmes, in der Art ihrer Beschäftigung die Einzige zu sein. Wohl jeder ärztliche Besucher Wiens aus den letzten 10 Jahren wird sich ihrer entsinnen. Sie ist als Wärterin in der Schrötter'schen Abtheilung für Halskranke im allgemeinen Krankenhause angestellt und wirkt gleichzeitig als Assistent beim Unterricht. Ihre Force aber liegt darin, dass sie den Aerzten Stunden giebt, in denen diese an ihr die Ausübung der laryngologischen und rhinologischen Untersuchungsmethoden erlernen können.

LEFFERTS

8) **H. B. Lowry. Bericht über einen Fall von acuter Labio-glosso-Laryngeal-Paralyse. (Report of a case of acute Labio-glosso-laryngeal paralysis.)** *Omaha Clinic. November 1892.*

Pat. war eine 63jährige Frau. Der Krankheitsausbruch war ein plötzlicher, und der Tod erfolgte nach 2 Tagen. L. erörtert die Pathologie der Krankheit.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

9) **Hoffmann** (Düsseldorf). **Ueber oesophageale Auscultation.** *Centralbl. f. klin. Medic. 48. 1892.*

H. benutzte anfänglich einen weichen Magenschlauch, wie er zum Zweck der Magenausspülung allgemein gebräuchlich ist, (später einen elastischen Magenkatheter). Das obere offene Ende des Schlauches wurde mit einem kurzen dicken Glasrohre versehen, an dessen anderer Oeffnung die Ohrplatte eines Stethoskops angekittet war, der Schlauch selbst wurde mit Centimetereintheilung versehen. Bei der Auskultation während des Herausziehens hört man anfangs Geräusche, die dem Magen angehören, wenn das Instrument noch 35—30 ccm tief eingeführt ist, die Herztöne und event. auch Herzgeräusche. Die noch zu lösende Frage wird die sein, ob die Auskultation des Kehlkopfes, der Trachea, der Lungen oder des Magens besondere Vortheile verspricht.

SEIFERT.

10) **Charles Templeman** (Dundee). **258 Fälle von Erstickung bei Kindern. (Two hundred and fifty eight cases of suffocation in infants.)** *Edinburgh Med. Journ. October 1892.*

Die Zusammenstellung hat ein rein gerichtsärztliches Interesse.

P. MC. BRIDE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

11) **M. Aeyräpää** (Helsingfors). **Die orthopädische Behandlung der Sattelnase mittelst von der Zahnheilkunde gebotenen Hülfsmitteln.** Kuopio (Finnland), Bockmann.

Die orthopädische Behandlung der Sattelnase ist ein Grenzgebiet zwischen Nasen- und Zahnheilkunde, und wurde früher ausschliesslich der operativen Rhinologie zugezählt. Dieses Grenzgebiet der Odontologie zu erobern, ist Verf. in seiner Monographie gelungen.

Erst beschreibt Verf. die anatomischen und ätiologischen Gesichtspunkte und geht darauf auf die Geschichte der Behandlungsmethoden über. Verf. führt alle hervorragenden Behandlungsmethoden an, angefangen von der der alten indischen Braminen bis auf die in der Jetztzeit gebräuchlichen. Wie sinnreich und erfinderisch diese Operationsmethoden auch sind, so haftet ihnen allen ein gemeinsamer Mangel an: man hat versucht, das Nasendach aufzurichten, ohne dazu vorher eine hinreichende Stütze hergestellt zu haben. Der Dachtheil ist verhältnissmässig leichter herzustellen, eine taugliche Scheidewand haben die Operationsmethoden nicht zu schaffen vermocht. Und dennoch ist gerade die Scheidewand der wichtigste Theil des Nasengerüstes; sie ist die Säule, welche das Dach trägt. Die Methode des Verf., die Sattelnase aufzurichten, besteht darin, dass er in Fällen, wo eine Oeffnung im harten Gaumen besteht, durch diese eine künstliche Scheidewand oder blos eine Stütze, die vorher am künstlichen Gaumen befestigt ist, in die Nase einführt. Wo solch eine Oeffnung im harten Gaumen nicht besteht, dort bringt er eine solche an. Nur falls Pat. in diese Operation nicht einwilligt, versucht A. seinen Stützapparat an den Boden und die Wände der Nasenhöhle zu stützen.

Eine sehr reichhaltige Casuistik mit guten Abbildungen macht diese kleine Monographie besonders werthvoll und interessant. Auf die verschiedenen Modificationen der prothetischen Hülfsmittel können wir hier nicht weiter eingehen; wir rathen Allen, die sich für diese Frage interessiren, diese Arbeit zu lesen.

LUNIN.

12) **A. B. Farnham. Bemerkungen über nasale Insufficienz, hauptsächlich infolge von äusserlicher Stenose. (Remarks on nasal insufficiency, due mainly to external stenosis.)** *N. Y. Med. Journ. 12. Nov. 1892.*

Der Chirurg begegnet oft Fällen, in denen nasale Insufficienz nicht durch eine Verbiegung oder irgend welche intranasale Geschwülste bedingt ist, sondern durch die Nicht-Entwicklung oder die Deformirung der Nasenflügel. Dieser Zustand kommt sowohl congenital wie erworben vor, vornehmlich aber congenital. Der Verf. führt zur Illustration 4 Fälle dieser Art an und veranschaulicht sie noch durch Beifügung von Holzschnitten. Die Behandlung des ersten Falles diene zur Kennzeichnung der Methode des Verf.'s. „Die Knorpel werden losgeschnitten in dem weichen Theile des Septums und darauf die Oeffnung erweitert durch symmetrische Dehnung der äusseren Nasenlöcher. Der Pat. selbst legt das

Fränkel'sche Speculum ein, mehrere Stunden täglich eine Reihe von Wochen. Das Resultat ist ganz zufriedenstellend. Der Pat. athmet durch die Nase ohne Hilfe des Mundes; die Gestalt der Nase freilich ist etwas verändert von einer griechischen in eine leichte Stülpnase."

LEFFERTS.

13) **W. F. Strangways. Die Sorge für die Nasenwege bei Kindern. (The care of the nasal passages during childhood.)** *Physician and Surgeon. October 1892.*

St. hebt hervor, dass es von besonderer Wichtigkeit sei, auf Erkältungen des Kopfes Acht zu geben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

14) **E. Meierhof. Ein paar praktische Bemerkungen über die gewöhnlicheren Affectionen der Nase und des Rachens bei Kindern. (A few practical remarks upon the commoner affections of the nose and pharynx in children.)** *Arch. of pediatrics. August 1892.*

Verf. bespricht in der vorliegenden Abhandlung die nasale Verstopfung, die Verletzungen der Nase, die adenoiden Vegetationen, die Hypertrophie der Tonsillen und andere Erkrankungsprocesse, die man bei Kindern antrifft. Er ist der Meinung, dass in vielen Fällen parasitäre Erkrankungen in das Blut Eingang finden durch die in abnormem Zustand befindliche Hals- und Nasenschleimhaut.

MACKENZIE JOHNSTON.

15) **C. G. Fellows. Die Erkrankungen von Nase und Hals im Kindesalter. (Diseases of the nose and throat incident to childhood.)** *The Clinique. 15. December 1892.*

Verf. betont die Bedeutung der constitutionellen Therapie neben den lokalen Heilmitteln.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

16) **Spencer Watson** (London). **Der Einfluss intranasaler Obstruction auf das Allgemeinbefinden. (The influence of intranasal obstruction on the general health.)** *British Med. Journ. March 5. 1892.*

Der am 29. Februar 1892 vor der Medical Society of London gehaltene akademische Vortrag gipfelte in folgenden Sätzen:

1. Dass bei angemessener Behandlung der Stenose bei jungen Kindern Convulsionen und Thoraxdeformitäten, mit ihren begleitenden Uebelständen, sowie selbst Tod infolge von Marasmus verhütet werden könnten;

2. dass im Kindes- und Jünglingsalter durch Vernichtung der Stenose, Thoraxdeformitäten, Taubheit, Sprachanomalien und Störungen selbst der geistigen Thätigkeit verhütet werden könnten;

3. dass bei erwachsenen Personen, durch Behebung der Nasenstenose, Asthma, Kampfhusten, Bronchitis mit ihren Complicationen und verschiedenen geistigen Störungen entweder verhindert oder geheilt werden könnten.

de Havilland Hall schloss sich den Erfahrungen des Redners im Allgemeinen an; er zieht aber Operation unter Cocain allgemeiner Narcose vor. Scanes Spicer bemerkte, dass häufig mit Nasenstenose allgemeine Anämie verbunden sei, welche nach Behebung der ersteren verschwindet. Mr. Watson antwortete in Kürze.

SEMON.

17) L. C. Cline. **Die Wirkungen der intranasalen Verstöpfung auf den allgemeinen Gesundheitszustand. (The effects of intra-nasal obstruction on the general health.)** *Med. and Surg Reporter. 13. August 1892.*

C. berichtet über ein paar Fälle von Kopfschmerz, Unfähigkeit zu gespannter Aufmerksamkeit etc., in denen nasale Verstopfung die Ursache dieser Störungen war.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

18) S. K. Merrick. **Einige der gewöhnlicheren Formen der Nasenstenose. (Some of the more common forms of nasal stenosis.)** *N. Y. Medical Record 17. December 1892.*

Nichts Neues.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

19) S. K. Merrick. **Die gewöhnlichsten Formen von Nasenstenose. (The most common forms of nasal stenosis.)** *Maryland Medical Journal. 31. December 1892.*

M. setzt die Deformitäten des Septums der Häufigkeit nach an die erste Stelle und danach die Hypertrophie der unteren Muscheln.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

20) J. W. Nelson. **Ein Fall von Hemicranie geheilt durch Beseitigung nasaler Verstopfungen. (A case of hemi-crania cured by removing nasal obstructions.)** *Chicago Med. Recorder. Decemb. 1892.*

N. berichtet über seinen Fall, um daran die Nothwendigkeit zu erweisen, in allen Fällen von Kopfschmerz zweifelhaften Ursprungs die Nasenhöhlen zu untersuchen und um gleichzeitig zu zeigen, welch' eine Menge verschiedener abnormer Zustände in den oberen Luftwegen eines Individuums sich vorfinden kann. In N.'s Fall bestand eine allgemeine hypertrophische Rhinitis mit Deviation und Exostose des Septums, Schleimpolypen, breite Hypertrophie der hinteren Enden beider unteren Nasenmuscheln, schliesslich eine Hypertrophie der Rachentonsille. Der Pat. hatte auch eine Retraction des Trommelfells, die Taubheit verursachte.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

21) Hovorka, Edler von Zderas (Wien). **Angeborener Verschluss eines Nasenloches.** *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 40.*

Die anamnestisch nachweislich angeborene Verschliessung des rechten Nasenloches wird durch eine derbe nach oben concave mit Haaren besetzte Membran veranlasst. Die Nase selbst ist asymmetrisch ebenso wie ihre Umgebung, doch zeigen sich nirgends Spuren von Trauma oder Syphilis oder Variola. Verbiegung der Scheidewand, Crista lateralis vomeris und theils membranöse theils knöcherne Synechien zwischen Muscheln und Septum sind auch nicht auf Traumen oder die letzteren Erkrankungen zurückzuführen. H. hält daher den Verschluss für eine Bildungsanomalie in den spätern Embryonal-Monaten. Das Präparat entstammt der Leiche eines 35jährigen Mannes.

CHIARI.

22) J. G. Carpenter. **Verstopfungen der oberen Luftwege. (Obstructions of the upper air passages.)** *Virginia Med. Monthly. December 1892.*

C. hebt die Bedeutung der Vorbehandlung vor der Operation sowie der

antiseptischen Cautelen bei der Operation selbst hervor. Er führt mehrere Fälle an zur Illustration der Erfolge der Nasen-Chirurgie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

23) C. C. Rice. **Einige Formen der Nasenverstopfung und -deformität und ihre Beseitigung durch conservative chirurgische Methoden. (Some of the forms of nasal obstruction and deformity and their removal by conservative surgical methods.)** *Post-Graduate. August 1892.*

Ein klinischer Vortrag R.'s möchte den Ausdruck Nasencatarrh abgeschafft wissen, weil er doch eigentlich nur ein Symptom einer nasalen Störung bezeichnet und in keiner Weise auf den vorhandenen pathologischen Zustand hindeutet. — Eingreifende Droguen oder scharfe Instrumente sollten an dem weichen Gewebe der Nase jugendlicher Patienten überhaupt nicht zur Anwendung kommen; es heisst das doch nur die Folgen einer Krankheit bekämpfen, nicht ihre Ursachen, und die physiologische Function der Nase leidet dabei Schaden. — Deformitäten der Nasenscheidewand sind die häufigste Ursache von Veränderungen in der weichen Geweben der Nase; sie bilden den bedeutsamsten Factor für die Entstehung der hypertrophischen Rhinitis. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) W. A. Dunn. **Neuere Operationen wegen Nasenstenose. (Recent operations for nasal stenosis.)** *Journal Ophthal., Otol. and Laryngology. Juli 1892.*

D. bespricht in dem vorliegenden Artikel hauptsächlich die Verbiegungen der Nasenscheidewand und die Anwendung der Nasensäge.

W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

25) P. J. Gibbons. **Die Behandlung der Nasenstenose mittelst einer neuen intranasalen Röhre. (The treatment of nasal stenosis by means of a new intranasal tube.)** *N. Y. Med. Journal. 9. Juli 1892.*

Seitdem der weibliche Katheter als ein geeignetes Instrument erkannt worden ist, mit dessen Hülfe Luft und Nahrungsmittel durch die Nasenhöhle eingebracht werden können, seitdem ist im Princip von ihm niemals abgegangen worden. Denn wie verschieden an Gestalt und Material die verschiedenen Röhren auch sind, immer geschieht die Athmung doch durch ein Rohr mit undurchgängigen Wänden, welche keinerlei physiologische Einwirkung der Nasenschleimhaut auf die Respirationsluft zulassen.

Die Nasenathmung steht, wenn sie auf diese Weise ausgeführt wird, nicht der Mundathmung gleich, denn bei der letzteren wird in einem gewissen Grade ein physiologischer Einfluss auf die Athmungsluft von der Mundschleimhaut ausgeübt. Die so eingeathmete Luft wird erwärmt und mit Wasserdämpfen gesättigt und viel von dem Rauch und anderen in der Luft suspendirten Fremdstoffen wird durch Adhäsion an der feuchten Schleimhaut beseitigt.

Wenn man eine Röhre in der Nasenhöhle brauchen will, so soll dies auf einer physiologischen Basis geschehen.

Die Nasenathmung ist nicht normal, bis folgende Bedingungen erfüllt sind: erstens, die Nasenwege müssen frei sein; zweitens, bei In- und Exspiration muss die Luft in Berührung mit der Schleimhaut kommen; drittens, diese Schleimhaut

selbst muss in normalem Zustand sich befinden. Nur wo diese drei Bedingungen zutreffen, kann die physiologische Thätigkeit der nasalen Athmung vor sich gehen.

Wenn man nach Ausführung der zur Wiederherstellung einer freien Nasenpassage für nöthig erachteten Operation nicht unmittelbar einen freien Luftstrom durch die Nase führt, soll ein mechanisch wirkendes Instrument zur Ueberwindung der Stenose in die Nase eingelegt werden. Nun muss diese Röhre oder irgend ein anderes Instrument so construirt sein, dass es die Nasenpassage in solcher Ausdehnung offen erhält, dass die für die Athmung erforderliche Luftmenge frei eintreten kann.

Um die Athmung normal zu gestalten, müssen wir die Luft in die Lunge möglichst in der normalen Weise eintreten lassen; dazu müssen wir unser Rohr derart construiren, dass die Luft sich mit der Schleimhaut der Nasenhöhle berührt, damit die physiologische Function dieser in Kraft treten kann. Auch soll das Instrument nicht, wenn es an seiner Stelle liegt, die Vornahme von lokalen Applikationen auf die Nasenschleimhaut verhindern und ebensowenig darf es den natürlichen Abfluss der Sekrete stören.

Die neue Röhre lässt sich aus jedem geeigneten Metall verfertigen, aus Aluminium, Silber, Gold, Hartgummi etc. Metall verdient den Vorzug, insofern es das Caliber der Nasenhöhle erweitert und erhält. Die Wände der Röhre sind mit kleinen Löchern durchsetzt, so dass die Luft an die Schleimhaut heran kommt, wodurch wir vielmehr den normalen Athmungsverhältnissen uns nähern.

Die Röhren sind in 2 Formen vorräthig, flach und stärker werdend; es existiren 15 Grössen.

Will man bei Nasenbluten dieses Instrument anwenden, anstatt der Tamponade von vorn und hinten, so überzieht man die Metallröhre mit einem einfachen Gummischlauch. In dieser Form ist die Röhre auch ein geeignetes Mittel zur Erzielung eines Druckes in irgend einer Richtung bei der Correction von Deformitäten nach Fracturen etc. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

26) **G. Thomas. Die Beziehung der Chirurgie zur Behandlung der Nasenkrankheiten. (The relation of surgery to the treatment of nasal diseases.)** *Maryland Med. Journal. 18. Juni 1892.*

Th. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Eine gründliche Untersuchung der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen ist vorzunehmen.
2. Die locale Medication bringt bei chronischen Störungen niemals Heilung.
3. Dieselben rationellen Principien, die zur Entdeckung der Krankheitsursachen, zu ihrer Verhütung und Beseitigung führen, sollen auch in diesem Gebiete der medicinischen Wissenschaft Geltung finden.
4. Die wirklichen Veränderungen, die den chronischen Nasenkrankheiten zu Grunde liegen, können nur durch eine chirurgische Therapie geheilt werden.

5. Nasenerkrankungen sind ebenso heilbar, wie andere Zustände, die einen chirurgischen Eingriff erforderlich machen.
6. Die Rhinologie ist offenbar ein Zweig der Chirurgie.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

27) **R. Jeffery. Ein Wort für eine mehr conservative Therapie bei den nasalen Erkrankungen. (A plea for more conservative treatment of nasal affections.)** *Brooklyn Med. Journal. November 1892.*

Verf. glaubt, dass der chirurgische Eingriff in diesen Fällen bisweilen zu weit getrieben wird. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

28) **R. Levy. Die Diagnose des Empyems der Highmorshöhle. (The diagnosis of empyema of the antrum of Highmore.)** *Denver Medical Times. August 1892.*

Die Diagnose baut sich auf folgenden Punkten auf: ein hellgelber Ausfluss, oft foetid; Schmerzen in der Gegend des Antrum und der Stirn; die sorgfältige Untersuchung der Zähne und der Nasenhöhle; die Kopfhaltung des Patienten; Ausschluss von Eiterungen anderer Höhlen, besonders von Eiterausfluss aus dem Meatus superior infolge von Erkrankung der mittleren Muschel. Die Sicherung der Diagnose endlich giebt die Durchleuchtung oder die Sondirung und Ausspülung oder die Probepunktion oder auch alles dieses zusammen. Die Probepunktion namentlich ist das sicherste diagnostische Hilfsmittel und sie ist in dunklen Fällen vollständig gerechtfertigt. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

29) **J. Middlemas Hunt** (Liverpool). **Abscess der Highmorshöhle. (Abscess of the antrum of Highmore.)** *Liverpool Med. and Chir. Journal. Juli 1892.*

Nichts Neues. P. MC. BRIDE.

30) **L. A. Schultz. Abscess des Antrum, Nekrose des Oberkiefers, der Nasen- und Backenknochen. (Abscess of the antrum, necrosis of the superior maxillary, nasal and malar bones.)** *The Clinique. 15. Nov. 1892.*

Pat. war ein Kind von 7 Jahren; der zweite linke Molarzahn war wegen Zahnschmerzen gezogen worden und ein paar Tage darauf begann das Gesicht anzuschwellen; die Sache endigte mit der Nekrose der erwähnten Knochen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

31) **Fürst** (Leipzig). **Vereiterung des Antrum Highmori nach Conjunctivitis gonorrhoica.** *Arch. f. Kinderheilk. XIV. 1892.*

Nach der gonorrhoischen Conjunctivitis trat bei einem Neugeborenen eine phlegmonöse Zellgewebsentzündung der Schläfen- und Wangengegend, Vereiterung der Highmorshöhle und völlige cariöse Zerstörung des Oberkiefers ein. Nach beinahe 5wöchentlicher Krankheitsdauer führte Pyämie zum Tode. Gonokokken wurden in dem Conjunctivalsekret, nicht aber in dem aus dem Oberkiefer entleerten Eiter nachgewiesen. SEIFERT.

32) **M. Hajek** (Wien). **Empyem der Highmorshöhle.** *Internat. klin. Rundschau. 1892. No. 43, 44, 45, 47, 49 u. 50.*

Es wurden 29 Fälle beobachtet, 26 mal einseitig, 3 doppelseitig. Davon waren combinirt mit Empyemen der Stirnhöhlen 4, mit E. der Siebbeinzellen 2, mit E. der Keilbeinhöhle 1.

I. Nasaler Ursprung 5 mal, darunter 2 nach Aetzungen der mittleren Muschel. Der laterale Schleimhautwulst ist kein sicheres Kennzeichen des E. a. H. 2) Dentaler Ursprung 5 mal sicher; 3) unsicher 19 mal; 4) traumatisch 3 mal; 5) 2 mal Sarcome.

II. Diagnose. Sondirung durch das Ostium maxillare 16 mal gelungen; Probepunktion 12 mal. Durchleuchtung unsicher.

III. Therapie. Ausspülung durch Ostium maxillare unsicher, daher künstlich eröffnet 25 mal durch den Proc. alveolaris, 8 mal vom unteren Nasengang, 3 mal von Fossa canina. Anbohrung. Einlegung einer Hartkautschukkanüle mit federnden Branchen. Ausspritzung, Einblasung, Jodoformgazetamponade. Heilung in 20 Fällen reinen E. a. H. nur 12 mal definitiv.

Das chronische Empyem der Stirnhöhle.

12 Fälle ohne Auftreibung. Sondirung gelang in allen Fällen meist aber erst nach Entfernung des vorderen Endes der mittleren Muschel, polypöser Hypertrophien oder Polypen, welche den Ausführungsgang verlegten. Heilung meist blos auf Freilegung des Ausführungsganges, seltener erst nach Einspritzungen. Einmal konnte H. das Einfliessen des Secretes von der Stirnhöhle in das Antrum Highmori beobachten; sonst konnte kein Grund für die Combination der Erkrankungen mehrerer Nebenhöhlen derselben Nase ausfindig gemacht werden.

Empyem des Siebbeines.

6 Fälle; nur 2 mal isolirt. Alle Fälle werden genau beschrieben. Fast immer gelang es nach Entfernung der mittleren Muschel (manchmal in toto) und von Polypen den Eiterheerd freizulegen und durch Auskratzung, Ausspritzung, Aetzung die Eiterung zu heilen. Auch diese E. entspringen von chronischen Nasenkatarrhen. Knochennekrosen neben Polypen konnte H. nie finden.

Empyem der Keilbeinhöhle.

4 Fälle — bei Ozaena, Syphilis etc. Eröffnung, Auskratzung, Ausspritzung, Tamponade brachte theils Heilung, theils Besserung.

Differential-Diagnose und combinirte Empyeme.

Sie erfordern genaue Durchforschung der Nase, Entfernung von Hypertrophien und oft der mittleren Muschel.

Diese hier nur auszugsweise gegebenen Daten sind vielfach und recht klar besprochen. CHIARI.

33) **Schwartz. Beitrag zur Lehre von den Erkrankungen der Highmorshöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 9 u. 10. 1892.*

Mittheilung von 53 hierher gehörigen Fällen; einmal zeigte sich in der Nase kein Eiter, wohl aber in der eröffneten Höhle; in 2 Fällen war das Secret ein

seröses; auch hier fehlte natürlich die Eiterabsonderung, dagegen bot schon die Anamnese das typische Bild einer secretorischen Kieferhöhleneiterung. In zwei weiteren Fällen entstanden durch den Reiz des abfliessenden Eiters Hypertrophie der Rachentonsille und eine Entzündung von der Nase bis in den Magen herab.

SCHECH.

34) **Jul. Schnitzler (Wien). Demonstration eines Epithelioms der Highmorshöhle bei einer 53jährigen Frau.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 2. December 1892. — *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 49.*

Seit 2 Jahren entwickelte sich die Neubildung; vor 4 Monaten Perforation des harten Gaumens. Aus derselben wuchern die papillären Aftermassen. Kiefersperre. Schrumpfung der Haut in der Gegend der Fossa canina sowie auch des Knochens daselbst.

Kundrat glaubt, das es sich hier um ein malignes Endotheliom handle, weil Schrumpfung bei einem Carcinoma epitheliale mit Substitution des Knochens sehr selten sei.

CHIARI.

35) **M. Foucher. Adenoide Vegetationen im Rachen. (Végétations adénoides du pharynx.)** *Union méd. de Canada. März 1892.*

Eine klinische Vorlesung; nichts Bemerkenswerthes.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) **Voss (Riga). Ueber adenoide Vegetationen.** *Petersburger Med. Wochenschr. 1892. No. 6.*

Ein Vortrag, gehalten auf dem III. livländischen Aerztetag in Walk, der nur Bekanntes referirt.

LUNIN.

37) **A. W. de Ronaldes. Adenoide Geschwülste des Nasenrachenraums und ihre Behandlung. (Adenoid growths of the naso-pharynx and their treatment.)** *New Orleans Med. and Surg. Journal. August 1892.*

Verf. empfiehlt Gottstein's Curette mit Zuhilfenahme der Zange.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

38) **J. D. Thornburn. Postnasale Adenoidgeschwülste. (Post-nasal adenoids.)** *Canadan Lancet. September 1892.*

Th. räth kein Anaestheticum local zu appliciren und auch die Nase nicht auszuspülen, bis ein paar Tage nach der Operation, da man sonst leicht Reste und Trümmer der Geschwulst in die Eustachische Röhre hineindrängen kann.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) **E. J. Brown. Adenoide Hypertrophie im Naso-pharynx. (Naso-pharyngeal adenoid hypertrophy.)** *Northwestern Lancet. 15. Sept. 1892.*

Am meisten eignet sich zur Entfernung dieser Geschwülste die Gottstein'sche Curette.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) **A. Barbian. Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum. (Adenoid vegetations in the naso-pharynx.)** *Occidental Med. Times. Nov. 1892.*

Der Pat., ein 30jähriger Mann, war B. zugesandt worden zur Behandlung

wegen chronischer Taubheit. Alle Versuche, ihn zu catheterisiren oder zu politzern, misslangen, bis B. die adenoiden Vegetationen entdeckte und gleich entfernte. Das Gehör wurde wieder normal. Der Fall ist interessant wegen des Alters des Patienten. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

41) **K. P. Battle. Hypertrophie der dritten oder Rachentonsille. — Adenoide Vegetationen im Nasenrachenraum bei Kindern. (Hypertrophy of the third or pharyngeal tonsil. — Adenoid vegetations in the naso-pharynx in children.)** *North Carolina Med. Journal. Juli 1892.*

Ein Resumé über die wichtigsten Punkte und den heutigen Stand unseres Wissens auf diesem Gebiete. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

42) **J. H. Halsted. Adenoide Massen im Nasenrachenraum bei Kindern. (Adenoids in the naso-pharynx in children.)** *Medical Record. 13. August 1892.*

H. zieht die Zange zur Abtragung dieser Massen vor.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) **F. W. Bosworth. Adenoide Geschwülste bei Kindern. (Adenoid growths in children.)** *N. Y. Med. Journal. 26. Nov. 1892.*

Eine sehr einfache und wirksame Methode zur Feststellung des Vorhandenseins adenoider Tumoren ist in dem Vaselin-Spray gegeben. Führt man ihn in eine gesunde Nase ein, so kommt unmittelbar eine Spraywolke aus dem anderen Nasenloch hervor; ist der Rachen durch adenoide Massen versperrt, so kommt der Spray nicht zurück. Diese einfache schmerzlose und zuverlässige Probe ist weit sicherer als die Anwendung der Nasendouche; das Rhinoskop aber ist selten bei Kindern unter 6 Jahren zu benutzen.

Diese Krankheit zeigt eine gewisse constitutionelle Tendenz, über die sich schwer etwas bestimmtes sagen lässt. Sie ist nur einen Schritt von der Scrophulose entfernt und ist durch eine ausgesprochene Neigung zur Hyperplasie aller adenoiden Gewebe ausgezeichnet. Wo die Tonsillen stark vergrössert sind, sind sicher auch adenoide Geschwülste vorhanden. Zeigt dies aber eine constitutionelle Anlage, so ist die Pflicht des Arztes mit der Operation allein nicht erfüllt, dann verlangt diese constitutionelle Anlage noch Berücksichtigung. Ein Präparat ist besonders indicirt — der Eisenjodidsyrup. Die Dosis, in der dieser gewöhnlich gegeben wird, ist zu klein. Ein 3—5jähriges Kind kann gut und mit Nutzen $^1/_2$ bis 1 Theelöffel voll dreimal am Tage nehmen. Diese Behandlung muss mindestens 3 Monate lang nach der Operation fortgesetzt werden, damit die constitutionelle Tendenz beseitigt wird. Es ist möglich bei kleinen Kindern, wenn die Geschwülste frisch und weich sind, sie durch die Jod-Eisen-Behandlung ganz zum Schwinden zu bringen. Zweifelhaft ist, ob die Kinder die Sache je von selbst ganz auswachsen. LEFFERTS.

44) **S. L. Philips. Adenoide Vegetationen des Rachens als häufige Ursache von Taubheit bei Kindern. Ihre Beseitigung. (Adenoid vegetations of the pharynx a frequent cause of deafness in children. — Their removal.)** *Atlanta Med and Surg. Journal. August 1892.*

In allen Fällen von Taubheit soll man es sich zur Gewohnheit machen, den

Nasenrachenraum zu untersuchen. Ph. erwähnt einige Fälle zur Illustration dieses Satzes. Er räth bei der Entfernung der adenoiden Geschwülste die Zange zu benutzen und zwar ohne Anästhesie. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

45) **A. Sokolowski. Adenoide Wucherungen und ihr Verhältniss zur Enuresis nocturna. (O stosunku wyrosli adenoidalnych do tak zw. enuresis nocturna.)** *Gazeta lekarska. No. 4. 1892.*

Verf. hält den causalen Zusammenhang dieser zweier Zustände für nicht genügend bewiesen. HERYNG.

46) **Duplay. Die adenoiden Tumoren und die Anfälle von Stridulismus. (Les tumeurs adénoides et les accès de stridulisme.)** *Gazette des hôpitaux. 1892. p. 1125.*

Diese Tumoren sind stets begleitet von einem katarrhalischen Zustand des Halses; am Tage wird das Secret verschluckt, bei Nacht aber häuft es sich an und rinnt nach abwärts gegen den Larynx, dessen Introitus es verstopft. Auf diese Weise kommt es, dass das Kind während des Schlafes von einem rauhen, anfallsweisen Husten befallen wird, dass es unruhig ist und erschreckt aufwacht, selbst ohne dass sich dabei Zeichen von Laryngitis finden. Viel mehr natürlich noch entwickeln sich diese Zufälle, wenn Laryngitis besteht und dann erscheinen auch diese Anfälle von Stridulismus in ihrer ganzen Heftigkeit.

J. BARATOUX.

47) **Dobberke. Reflexepilepsie abhängig von „adenoiden Vegetationen der Nasenhöhle und einem Polypen in der obersten Choane" (!). (Reflexepilepsie afhankelijk van adenoide Vegetationen in de Neusholte en een polyp in de bovenste choana.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Maisitzung der Herzogenbuscher Med. Gesellschaft wird von D. über einen Fall von Reflexepilepsie berichtet. 6 Wochen nach der Operation des 19jährigen Burschen hatte sich noch kein Anfall eingestellt. BAYER.

48) **G. Bacon. Mastoiderkrankung nach einer Operation zur Beseitigung adenoider Vegetationen. (Mastoid disease following an operation for the removal of adenoid vegetations.)** *Med. Record. 6. August 1892.*

B. berichtet über den Fall einer Pat. von 30 Jahren, die angab, dass ein Arzt ihr vor 1 Woche adenoide Vegetationen aus dem Nasenrachenraum mit dem Zeigefinger entfernt und am folgenden Tage die Operation mit der Zange vervollständigt habe. Die Pat. litt zur Zeit an einer subacuten Pharyngitis. Zwei Tage nach der Operation hatte sie starke Schmerzen im rechten Ohr und danach einen schleimig-eitrigen Ausfluss, der am Tage ihrer Aufnahme in das Spital noch bestand. Die Pat. wurde gleich ins Bett gebracht, die Kühlschlange aufgelegt und das Ohr häufig mit einer warmen Borsäurelösung ausgespült. Unter dieser Behandlung verschwanden die Symptome von Seiten des Mittelohres bald. Eine Woche später wurde ein periostaler Abscess an der rechten Seite eröffnet und fast 4 ccm Eiter entleert. Ein Einschnitt in eine ähnliche Schwellung auf der linken Seite ergab kein Resultat. Die Pat. machte eine gute Reconvalescenz durch, ihre Temperatur stieg nie über 37,8°. Der Verf. publicirt den Fall, weil

er nirgends eine acute Otitis media und Mastoiderkrankung nach operativer Entfernung von adenoiden Geschwülsten erwähnt findet. Möglich ist freilich, dass die Carbolsäurelösung, die der Arzt die Pat. sich vorn durch die Nase hatte einspritzen lassen, etwas mit der Aetiologie der Folgeerkrankung zu thun hat.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

49) Lenzmann. **Beitrag zur Behandlung der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 48, 49.*

L. plaidirt für die Operation in der Chloroformarkose; er operirt mit dem Gottstein'schen Messer, an welchem er eine kleine Stahlfeder hat anbringen lassen, die die abgetrennten Vegetationen im Fenster des Messers festhält. Zum Abtragen seitlich sitzender Massen bedient er sich des Lange'schen Ringmessers. Nachbehandlung überflüssig.

LANDGRAF.

50) Leonard A. Dessar (New York). **Eine einfache Methode zur Enfernung adenoider Vegetationen bei Kindern mit Beschreibung einer neuen Curette. (A simple method of removing adenoid vegetations in children with a description of a new curette.)** *Archiv. of Pediatrics. Mai 1892.*

Der Verf. benutzt die Löwenberg'sche Zange und begegnet nur selten Schwierigkeiten bei der Operation selbst junger Kinder und ohne Chloroform. Nach mehreren Sitzungen beendet er die Operation mittelst einer von ihm selbst angegebenen Curette, die seitlich schneidet und mit der er die seitlichen Partien und die Rosenmüller'sche Grube freizumachen vermag.

MACKENZIE JOHNSTON.

c. Mundrachenhöhle.

51) Stephen Paget (London). **Missbildungen der Unterlippe. (Malformations of the lower lip.)** *Lancet. 27. August 1892.*

Verf. stellt in der vorliegenden Arbeit die von den verschiedenen Autoren veröffentlichten Fälle zusammen. Hauptsächlich handelt es sich in denselben um Spaltungen, Tumoren und Depressionen der Unterlippen.

MACKENZIE JOHNSTON.

52) W. E. Miles (Broodmoor). **Hypertrophie der Schleimhaut der Oberlippe. (Hypertrophy of the mucous membrane of the upper lip.)** *Lancet. 24. Sept. 1892.*

Verf. berichtet einen Fall von Hypertrophie der labialen Drüsen bei einem Geisteskranken, in dem die Exstirpation mit Erfolg durchgeführt wurde. Der Kranke hatte selbst früher einmal die Abtragung des Tumors theilweise vorgenommen, doch nicht vollständig genug, um einem Recidiv vorzubeugen.

MACKENZIE JOHNSTON.

53) **J. Maittand** (Indien). **Epitheliom der Lippe bei Frauen. (Epithelioma of the lip in women.)** *Brit. Med. Journal. 1. Oct. 1892.*

Verf. theilt nur in einer kurzen Notiz mit, dass er ein Epitheliom der Unterlippe bei einer Eingeborenen exstirpirte. MACKENZIE JOHNSTON.

54) **Dentz. Miller's Untersuchungen über die Microorganismen der Mundhöhle. (Miller's onderzoekingen over de microorganismen der Mondholte.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

Vortrag von der Utrechter Med. Gesellschaft. BAYER.

55) **J. H. Sinsley. Microorganismen des Mundes. (Microorganisms of the mouth.)** *Med. Record. 16. Juli 1892.*

Ein Vortrag, gehalten in der Vermont State Dental Society. Nichts von besonderem Interesse für den Laryngologen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

56) **Marot. Ein differentieller Charakter eines Streptococcus der Mundhöhle. (Sur un caractère différentiel d'un streptocoque de la bouche.)** *Soc. de Biol. 5. Nov. 1892. Semaine méd. 1892. No. 55.*

M. fand im Munde verschiedener Personen, gesunder wie kranker, einen Streptococcus, der sich von dem Fehleisen'schen unterscheidet durch sein Wachsthum auf der nach Roux zubereiteten Kartoffel. Der Fehleisen'sche Coccus giebt hierbei keine sichtbare Cultur, dieser Streptococcus der Mundhöhle aber bildet den Strich entlag nach 24 Stunden, deutlicher noch nach 48 Stunden, im Brütofen bei 37° kleine Colonien von Stecknadelkopfgrösse von milchig weisser Farbe, deren Wachsthum am 3. Tage zu Ende zu kommen scheint.

Auf sterile Milch verimpft, ändert er diese nicht. Bei der Uebertragung auf Thiere äussert er keine pathogenen Eigenschaften. Man kann ihn nicht für einen abgeschwächten Erysipelcoccus halten, das Wachsthum auf der Kartoffel kennzeichnet beide als verschiedene Arten. Uebrigens konnte Marot in ein paar Fällen von Angina im Munde ein und derselben Person beide Streptococcen neben einander constatiren. J. BARATOUX.

57) **E. Biernacki** (Warschau). **Die Bedeutung der Mundverdauung und des Mundspeichels.** *Zeitschr. f. klin. Med. 1892. XXI.*

Die motorische sekretorische Leistungsfähigkeit des Magens ist unter normalen Verhältnissen beim Einnehmen der Nahrung durch den Mund unter Beimischung des Speichels viel besser als nach der Einführung derselben durch die Sonde beim gleichzeitigen Ausschluss der Beimischung von Speichel zur Nahrung im Magen.

Wahrscheinlich ist das Einnehmen der Nahrung durch den Mund mit Speichel viel wichtiger und unentbehrlicher für genügende Enzymproduction bei pathologischem als bei normalem Magen. Eine wesentliche und hauptsächlichste Rolle spielt der Durchgang der Nahrung durch den Mund. Der entleerte Mundspeichel an sich, der Speichel, der nach dem Verschlucken der Nahrung in den

Magen aus dem Munde hereintritt, sind von untergeordneter Bedeutung in dieser Beziehung.

Die Aufgabe der Mundverdauung ist es, der Nahrung eine für den Magen geeignete — minimal saure — Reaction zu geben. A. ROSENBERG.

58) **Mikulicz** (Breslau). **Ueber eine eigenartige symmetrische Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen.** Beiträge zur Chirurgie, Festschrift für Billroth. 1892.

Merkwürdiger schwer zu deutender Krankheitsprocess bei einem 42jährigen Manne, der sich klinisch als eine langsam entstehende, kolossale Vergrösserung sämmtlicher Speichel- und Thränendrüsen darstellte, ohne entzündliche Erscheinungen, ohne nachweisbare Mitbetheiligung des Gesammtorganismus. Der Process blieb auf das Gebiet dieser Drüsen scharf beschränkt. Die mikroskopische Untersuchung excidirter Drüsen ergab, dass das eigentliche Drüsenparenchym dabei eine passive Rolle spielte. Die Grössenzunahme war lediglich durch eine massenhafte kleinzellige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes bedingt. Nach der Meinung von M. handelte es sich um einen infectiösen oder parasitären Process im weitesten Sinne des Wortes. SEIFERT.

59) **F. Kammerer. Tuberculöse Entzündung der Submaxillar-Speicheldrüse. (Tubercular inflammation of the salivary submaxillary gland.)** *N. Y. Medical Journal. 10. Sept. 1892.*

K. hat einen ähnlichen Fall nie gesehen und nie von einem gehört. Der Tumor wurde bei einer Frau exstirpirt, die tuberculöse Entzündung beider Ellbogengelenke, eines Knies und der Wirbelsäule gehabt. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht gemacht, doch war das Vorhandensein miliarer Knötchen völlig ausschlaggebend. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

60) **J. Thorington. Ein Stein im Ductus Whartonianus. (A calculus in Wharton's duct.)** *Med. News. 13. August 1892.*

Der Stein wog 1,3 g und war 1 Zoll lang. Zwei Punkte sind bemerkenswerth: 1) der plötzliche Ausbruch der Erkrankung, der vermuthen lässt, dass der Kern des Steines in der Submaxillardrüse sich gebildet hat und nicht in dem Ductus selbst; und 2) die Wichtigkeit einer genaueren Untersuchung. Zwei Aerzte hatten dem Pat. gesagt, dass es nichts wäre und ein dritter hatte eine Ranula diagnosticirt; Keiner von ihnen hatte mit dem Finger untersucht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

61) **Morelli** (Pest). **Steinbildung im Ausführungsgange des Zungendrüsencanals.** *Odontoscop. 1892. III. Heft. Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 31.*

Die rechte Submaxillargegend war geschwollen, hart, auf Druck schmerzhaft; der Ausführungsgang der vergrösserten Submaxillardrüse war durch eine steinharte gelbliche Concretion verschlossen. Nach Erweiterung des Wharton'schen Canales gelang die Extraction des Steines leicht; er wog ½ gr. und war 8 mm. lang und 7 breit. Heilung in 6 Tagen nach öfterer Sondirung des Ganges.

O. CHIARI.

62) J. E. Boylan. **Herpes der Mundschleimhaut; mit Krankenvorstellung. (Herpes of the buccal mucous membrane with demonstration of patient)** *Journ. Amer. Med. Assoc. 12. November 1892.*

Der Zustand wurde zuerst als Diphtherie angesprochen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

63) H. S. Dessan. **Herpes-Ausschläge im Mund und Rachen von Kindern. (Herpetic eruptions of the mouth and pharynx in children.)** *Journal Amer. Med. Assoc. 31. December 1892.*

Diese Affection ist im Rachen nicht häufig. Dessan meint, dass die folliculäre Tonsillitis oder Angina lacunaris, die er unter die Rubrik Herpes mit einreiht, auf gastrische Störungen zurückzuführen ist, sei es infolge von ungeeigneter Nahrung, sei es infolge von Uebereernährung. Die beste Behandlungsmethode ist der Gebrauch kleiner Calomeldosen, 0,006 zwei- oder dreistündlich 2 oder 3 Tage lang.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

64) X. **Complicationen der Grippe im Munde und an den Zähnen und ihre Behandlung. (Complications buccales et dentaires de la grippe et leur traitement.)** *Semaine méd. 1892. No. 42.*

In zwei Fällen war die hauptsächlichste Veränderung, die sich beobachten liess, eine ulceröse Stomatitis. In 7 andern Fällen constatirte Dr. Hugenschmidt aphthöse Stomatitis. Die einfache Gingivitis mit allgemeiner alveolärer Periostitis war ein sehr gewöhnliches Vorkommniss.

J. BARATOUX.

65) Fournier. **Die Hydroa buccalis. (L'hydroa buccal.)** *Gazette des hôpitaux. 1892. p. 913.*

Die Hydroa hat 3 Phasen: einfache Röthung, dann das erythematös-vesiculäre Stadium, in der die Röthung einen leicht opalescirenden Ton annimmt. Das dritte Stadium endlich ist das der Erosion.

J. BARATOUX.

66) Erb (Heidelberg). **Bemerkungen über die Plaquesnarben (Epitheltrübungen, Leukoplakie) der Mundhöhle und ihre Ursache.** *Münchn. medicin. Wochenschr. No. 42. 1892.*

Auf Grund einer Statistik von 240 Fällen kommt Erb zu folgenden Schlüssen.

1) Sowohl Syphilis allein als auch das Tabakrauchen allein sind als Ursachen der Plaquesnarben anzusehen.
2) In einer grösseren Anzahl von Fällen wirken beide Momente zusammen.
3) Plaquesnarben kommen ohne eine der genannten Ursachen äusserst selten vor.
4) Das Rauchen allein erzeugt in der Regel nur dann Leukoplakie, wenn sehr viele oder sehr starke Cigarren geraucht werden.
5) Bei vorhanden gewesener Syphilis genügt ein sehr viel geringeres Maass des Rauchens, um die Mundschleimhaut zu verändern.

Immerhin gehört, wie schon Butlin angab, eine gewisse Prädisposition der Mundschleimhaut zur Entstehung der Krankheit. Nur da. wo gar nicht oder

sehr wenig geraucht wurde, darf man mit ziemlicher Sicherheit auf vorausgegangene Syphilis schliessen. SCHECH.

67) Fournier. **Die Plaques muqueuses der Mundschleimhaut. (Les plaques muqueuses buccales.)** *Gaz. des hôpitaux. 1892. No. 131. p. 1229.*

Verf. studirt vor allem die Rolle dieser Plaques bei der Uebertragung der Syphilis und ihre verschiedenen klinischen Erscheinungsformen. Bisweilen hat der Plaque eine weisslich-graue Färbung und erinnert an das Aussehen der diphtheritischen Pseudomembranen. In zweifelhaften Fällen wird eine einfache Untersuchung mittelst Färbung mit Löffler'schem Blau oft das Vorhandensein Klebs-Löffler'scher Bacillen erweisen. J. BARATOUX.

68) Fournier. **Die Plaques muqueuses im Munde. (Les plaques muqueuses buccales.)** *Gaz. des hôpitaux. 1892. No. 136. p. 1277.*

Die Plaques muqueuses sind bald zerstreut, bald in Gruppen zusammenstehend, dann haben sie eine ringartige Form. Die Diagnose dieser Plaques ist ziemlich delicat: es sind zwei Punkte, die den Verdacht wachrufen müssen, nämlich die pastilläre, papulös-erosive Form und die Anordnung in Ringtheile.

Die Quecksilberbehandlung ist ohne Wirkung auf die Plaques; dagegen heilen sie unter localer Cauterisation sehr gut. Die Cauterisation muss unterstützt werden von der Mundhygiene. Als Causticum verdient das Argentum nitricum den Vorzug. Wenn die Wirkung aber spät eintritt oder mit der Zeit sich verlangsamt, dann wird man jedesmal gut thun, das Argentum nitricum bei Seite zu lassen und dafür das salpetersaure Quecksilber zu benutzen.

J. BARATOUX.

69) L. A. Schultz. **Syphilitisches Geschwür am Mundwinkel. (Syphilitic ulcer at the angle of the mouth.)** *The Clinique. 15. Nov. 1892.*

Der Pat. war ein 14jähriger Knabe, bei dem die Anamnese nichts von Syphilis ergab. Das Geschwür wurde zuerst für ein Ulcus rodens gehalten, heilte aber auf die interne Darreichung von Jodkali. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

70) E. Fuchs (Wien). **Demonstration eines Mannes mit essentieller Schrumpfung der Bindehaut beider Augen und chronischem Pemphigus der Mund- und Rachenhöhle mit Schrumpfung der Wangenschleimhaut, so dass Mundsperre besteht.** Gesellsch. d. Aerzte Wiens. 9. Dec. 1892. — *Wiener klin. Wochenschrift. 1892. No. 50.*

Seit 1867 Pemphigus des Mundes, 1874 Schrumpfung der Wangenschleimhaut, seit 1886 Pemphigus conjunctivae. Jetzt auch Pemphigus der Haut, der seit 1881 aber immer nur spärlich auftritt.

Fuchs sieht ähnliche Fälle von Pemphigus conjunctivae jährlich 2 bis 3 und beobachtete nach und nach immer Erblindung. Die interessanten ophthalmologischen Details gehören nicht hierher.

Kaposi betont, dass dieser unzweifelhafte Fall von Pemphigus der erste sei, an dem er Schrumpfung der Schleimhaut bemerke. O. CHIARI.

71) **Demme. Zwei seltene Geschwülste der Mundhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 9. 1892.*

Der eine Fall betraf ein Fibrom von Wallnussgrösse aufsitzend auf der Wangenschleimhaut hinter den rechten Mundwinkel einer 32jährigen Dame; die Geschwulst wurde umschnitten und mit der Scheere abgetrennt unter sehr starker Blutung. Der zweite Fall ist ein Papillom der rechten Zungenhälfte $1\frac{1}{2}$ cm. von der Zungenspitze bei einem 23jährigen Manne; Operation durch Abtragen mit der Scheere.

SCHECH.

72) **W. C. Brandon. Ein Fall von Cancrum oris. (A case of cancrum oris.)** *Nashville Journal of Med. and Surgery. September 1892.*

Nichts von Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

73) **S. W. Wheaton** (London). **Ungewöhnlicher Ausgang eines Falles von Cancrum oris. (Unusual termination of a case of cancrum oris.)** *British Medical Journal. 24. Sept. 1892.*

In dem mitgetheilten Falle, der ein 3jähriges Mädchen betrifft, war der Fortschritt zur Genesung ein ungewöhnlich guter bis 1 Monat nach der Entlassung. Dann bekam die Pat. Temperatursteigerung, starke Neuritis optica; der Urin wurde sehr spärlich, es folgte Coma und Tod. Die Section ergab als Todesursache eine plötzlich entstandene Septicämie, die allgemeine Encephalitis und tubuläre Nephritis verursacht hatte. Es wird angenommen, dass die septischen Microorganismen in einigen thrombosirten Venen der Backe latent zurückgeblieben und beim Zerfall des Thrombus in die Circulation gerathen waren.

MACKENZIE JOHNSTON.

74) **H. C. Cameron** (Glasgow). **Epitheliom des Mundes. (Epithelioma of the mouth.)** *Glasgow Med. Journal. Juli 1892.*

Demonstration des anatomischen Präparates.

P. MC. BRIDE.

75) **Thos. J. Dunott. Ein selbsthaltender Mundsperrer. (A self-retaining mouth gag.)** *N. Y. Med. Journal. 12. November 1892.*

Alle Mundsperrer, die wir kennen, haben ihren Stützpunkt an der Stirn. Das Neue an B.'s Mundknebel ist, dass er am Halse seine Befestigung findet und dass er darum nicht so leicht abgleiten kann. Sein Mechanismus ist ein recht einfacher und durchaus zweckmässiger.

LEFFERTS.

76) **J. L. Ferson. Aphthen. (Aphthae.)** *Hahnemann Med. Monthly. Nov. 1892.*

„Die einzige Chance auf Heilung, abgesehen von den diätetischen und hygienischen Massnahmen, muss in einem ähnlichen Mittel erblickt werden. Eine lokale Behandlung ist nicht indicirt."

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

77) **Proot. Zwei Fälle von Angina mit plötzlichen Erstickungserscheinungen. Tödtlicher Verlauf. (Twee gevallen van angina met pletseling opkomende verstikkingsverschijnselen. Doodelijke afloop.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

Vorgetragen in der Aprilsitzung der Herzogenboscher med. Gesellschaft.

BAYER.

78) **Sedzcati. Ein Fall von sogenannter „Angina ulcerosa benigna" (Heryng).** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7. 1892.*

Abweichend von den Fällen Heryng's sassen diesmal die Ulcerationen auf den hinteren Gaumenbögen; als prädisponirende Ursache ist wahrscheinlich starkes Rauchen anzusehen. Speziell fanden sich in den Geschwüren zwei Formen von Streptococcus pyogenes; auffallend waren die ziemlich lang anhaltenden allgemeinen Störungen, Fieber, grosse Schwäche. Weitere Nachforschungen müssen übrigens noch mehr Licht in die noch sehr dunkle Sache bringen. SCHECH.

79) . . . . **Prophylacticum gegen Angina.** *Deutsche medic. Wochenschr. 1892. No. 27.*

Bgs. Acid. phenyl. crystall. 5,0,
Spir. vin. rectificati p. 10,0,
Ol. Menth. pip. gtt. 1.
Stündl. 10 Tropfen in 1 Tasse warmen Wassers, 3mal zu gurgeln.

LANDGRAF.

80) **E. F. Parker. Erbrechen, verursacht durch ein verlängertes Zäpfchen. Heilung durch die Operation. (Vomiting induced by an elongated uvula; operation; relief.)** *Med. News. 23. Juli 1892.*

Krankengeschichte eines Falles; derselbe lehrt, wie nothwendig in jedem Falle eine gründliche Untersuchung ist und warnt gleichzeitig vor einem gewohnheitsmässigen Verschreiben irgends eines Mittels gegen ein Symptom, das seinen Ursprung in den verschiedenartigsten Ursachen finden kann.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

81) **C. H. von Klein. Uvulotomie. (Uvulotomy.)** *Journal Am. Medical. Assoc. 12. November 1892.*

Verf. empfiehlt eine gekrümmte Scheere für diese Operation, mit welcher man die Uvula so abschneidet, dass sie am Ende noch zugespitzt bleibt: auf diese Weise heilt die Schnittfläche leichter. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

82) **F. C. Raynor. Ein neues Uvulotom. (A new uvulotome.)** *N. Y. Medical Journal. 8. October 1892.*

1. Ein Uvulotom muss so construirt sein, dass wir es ganz allein ohne jede Hilfe von Seiten des Pat. benutzen können. 2. Es muss Zäpfchen von jeder Länge schneiden können und zwar ebensogut in flachen, wie in geräumigen Rachen. 3. Es soll einen Griff haben zum Packen der Uvula, bevor die schneidenden Blätter dieselbe berühren, und der Mechanismus muss ein solcher sein, dass das Schneiden in keiner Stellung durch die Fasszange erschwert wird. Die Bemühung, ein Instrument zu construiren, dass den gestellten Anforderungen zu genügen im Stande wäre, führte mit Nothwendigkeit zu einer radicalen Umgestaltung der bisher existirenden Modelle.

Das Instrument, das R. construirt hat, wird durch die Abbildung, die der Arbeit beigegeben ist, gut veranschaulicht. Die Haken zum Fassen der Uvula

sind derart angebracht, dass sie sich erst trennen, wenn die Scheere zur weitesten Ausdehnung geöffnet ist. Am Anfang des Schlusses nun schliessen diese Haken zusammen und fassen dabei die Uvula, ehe noch das Messer dieselbe berührt.

LEFFERTS.

d. Diphtherie und Croup.

83) **W. L. Buechner. Ist es nothwendig oder praktisch, erwachsene Mitglieder einer Familie, in der Fälle von Diphtheritis vorliegen, zu isoliren? (Is it necessary or practical to quarantine adult members of families in which then are cases of diphtheria?)** *Monthly Sanitary Record. Col. — Vol. 5. p. 2.*

Nicht zugänglich. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

84) **X. Die Isolirung der Diphtheritis in Bootle. (The isolation of diphtheria in Bootle.)** *Lancet. 24. Sept. 1892.*

Eine Bemerkung über den Bericht des Sanitäts-Comités zu Bootle und die Maassnahmen zur Isolirung der Erkrankungsfälle. MACKENZIE JOHNSTON.

85) **H. Koplik. Formen von wahrer Diphtherie, welche einfache catarrhalische Angina vortäuschen: sogenannte diphtheritische Angina ohne Membran. (Forms of true diphtheria which simulate simple catarrhal angina: the so called diphtheritic angina sine membrana.)** *N. Y. Medical Journal. 27. August 1892.*

K. schildert einige Versuche zur Züchtung der Bacillen und schliesst mit folgendem Resumé: „Festgestellt ist die Thatsache, dass Diphtherieformen vorkommen, welche klinisch ohne Bildung einer sichtbaren Membran verlaufen, bei denen aber zu jeder Zeit der Erkrankung des Klebs-Löffler'sche Bacill aus dem Rachen isolirt werden kann und eine Quelle steter Gefahr für die Umgebung bildet. Auch ist gezeigt worden, dass es Fälle giebt, in denen die lokalen Erscheinungen der Diphtherie nicht charckteristisch sind, und dass solche Fälle dem Bilde der einfachen Angina sehr ähnlich sein können. Klinisch ist es unmöglich durch die einfache Inspection die Fälle von nicht charakteristischer wahrer Diphtherie von andern Formen nicht-diphtheritischer Angina zu sondern. In der bacteriologischen Untersuchung dieser Fälle, mit Einschluss des Thierversuches, liegt die einzige Möglichkeit einer sicheren Diagnose. Ist es nun zur Zeit möglich, in der Privatpraxis jeden Fall einer bakteriologischen Prüfung in der beschriebenen Art zu unterziehen? Der Verf. ist in Bezug auf diesen Punkt nicht so sanguinisch, wie Baginski (Berlin) in seinem kürzlich gehaltenen Vortrage dies ist. In der Klinik und im Spital, wo alles Nöthige zur Hand und auch sonst alle Bedingungen für Laboratoriumsstudien gegeben sind, ist diese Untersuchung möglich. In der Privatpraxis aber wird man auch weiterhin gut thun, auf der Isolirung aller zweifelhaften Fälle von Halserkrankung aufs strengste zu bestehen! W. J. SWIFT (LEFFERTS).

86) **W. D. Booker. Die Beziehung der pseudo-diphtherischen Angina zur Diphtherie mit besonderer Berücksichtigung der pseudo-membranösen Scharlach-Angina. (The relation of pseudo-diphtheritic angina to diphtheria with special reference to scarlatinal pseudo-membranous angina.)** *Archiv. of pediatrics. September 1892.*

Detaillirte Beschreibung einiger bacteriologischer Untersuchungen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

87) **J. L. Smith. Die zwei Formen der Diphtherie, die bisweilen als wahre Diphtherie und als Pseudodiphtherie angesprochen worden sind. Ihre Verschiedenheiten und ihre Natur. (The two forms of diphtheria sometimes designated true diphtheria and pseudo-diphtheria. — Their differences and nature.)** *Archiv. of Pediatrics. September 1892.*

Eine allgemeine Uebersicht. Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

88) **Heubner** (Leipzig). **Ueber Diphtherie.** Med. Gesellsch. zu Leipzig 25. X. 1892. *Schmidt's Jahrb. 12. 1892.*

H. hält den Nachweis von Diphtherie-Bacillen, in den Auflagerungen auf den Schleimhäuten in diagnostischer und prognostischer Beziehung für ungemein wichtig. Er giebt ein Verfahren zum Nachweis der Bacillen an, das es auch dem praktischen Arzte ermöglicht, in kürzester Zeit die Diagnose auf Diphtherie zustellen. Man kratze mit einem Platinspatel eine kleine Portion des Belages ab, verreibt dieselbe auf dem mitgebrachten Deckglas bis zur Trockene und zieht durch die Flamme. Zu Hause färbt man mit Löffler's Methylenblau oder Dahlia-Violett und kann schon bei 400—500facher Vergrösserung zwischen Detritus, Schleim etc.-Haufen, Nester oder Packete von durcheinander geworfenen Bacillen, ungefähr von der Grösse der Tuberkelbacillen, finden, meist leicht gekrümmt, auch keulen-hantelförmig und oft ungleichmässig gefärbt.

Die Angina lacunaris, die oft Familienepidemien macht, hält auch H. ätiologisch (bakteriologisch) für etwas Anderes als die Diphtherie.

Zur Behandlung der frühen Stadien der Diphtherie empfiehlt H. Lysol in Gestalt von Bespülungen und Ausspritzungen. SEIFERT.

89) **Dumont. Diphtheritis. (Diphthérie.)** *La Presse Méd. Belge. No. 34. 1892.*

In der Med. Chir. Gesellschaft von Brabant, Sitzung vom 23. Juli 1892, bringt D. im Anschluss an die vorausgegangene Debatte einen Fall von Diphtheritis bei einem 6 jähr. Kinde vor, welcher trotz aller Maassregeln übel verlief.

BAYER.

90) **Boulengier. Pathologische Physiologie der hypertoxischen Diphtheritis. (Physiologie pathologique de la diphtérie hypertoxique.)** *La Presse Méd. Belge. No. 40. 1892.*

In der Med. Chir. Gesellschaft von Brabant, Sitzung vom 23. Juli 1892, kommt B. im Anschluss an die Dumont'sche Mittheilung auf die Diphtheritis zurück, um sie vom bakteriologischen Standpunkt aus zu beleuchten.

Nach Barbier unterscheider er 1) Diphtheritis mit reinem Löffler'schen

Bacillus, 2) Streptococcendiphtheritis; zu letzterer müssen die hypertoxischen Diphtheriten gerechnet werden und auch der Fall von Dumont. BAYER.

91) **Pfannenstill** (Stockholm). **Ein Fall von Diphtherie mit diphtherischen Belägen im Magen. (Ett fall af difteri med difteritiska beläggningar i ventrikleu.)** *Hygiea. 1892. p. 41.*

Ein Fall (3jähr. Mädchen) von Schlund- und Larynxdiphtheritis, der bei der Obduction ausgebreitete diphtheritische Veränderungen der Magenschleimhaut zeigte, welche mit graugelben, theilweise abgelösten, theilweise mit der Unterlage fest verbundenen Membranen bedeckt war. Klinisch gab der Magenbefund sich gar nicht kund.

Schliesslich lobt der V. Pinselungen mit Sublimatglycerin (Sublimat 0,5, Weinsäure 5, Glycerin 100) gegen Schlunddiphtherie. SCHMIEGELOW.

92) **Batori** (Pest). **Combination von Diphtherie und Morbilli.** *Orvosi Hetilap. 1892. No. 21. Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 32.*

Zuerst bestand Diphtherie, worauf 6 Tage später sich Morbilli dazu gesellten. B. glaubt, dass zwischen Morbilli und Diphtherie ebenso wie zwischen Scarlatina und Diphtherie ein gewisser Zusammenhang bestehe. CHIARI.

93) **W. A. Campbell** (Colorado Springs). **Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Archiv. of Pediatrics. Juli 1892.*

In der kurzen Abhandlung erstattet C. eingehenden Bericht über zwei Fälle von Croup. Er fügt einige Bemerkungen über die Behandlung dieser Fälle an und schliesst sich dabei der Anschauung an, dass der Croup eine lokale Erkrankung ist. MACKENZIE JOHNSTON.

94) **J. Sedziak. Croup oder Diphtheritis der Nase. (Krup czy dyfteryt nosa.)** *Gazeta lekarska. No. 34, 35. 1892.*

Diese Arbeit ist in der No. 2 der Monatsschrift für Ohrenheilkunde in deutscher Uebersetzung erschienen. T. HERYNG.

95) **Höring** (Stuttgart). **Nachtrag zur Behandlung der Diphtherie mit Pyoctanin.** *Memorabilien. XXXVI. 9. 1892.*

H. theilt noch weitere 12 Diphtheriefälle mit, welche durch Pinselungen mit Methylviolett in relativ kurzer Zeit geheilt wurden. SEIFERT.

96) **Fiedler. Niederösterreichischer Beitrag zur Therapie der Rachendiphtheritis (Larynx-Croup) mittelst Pilocarpinum muriaticum.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 2.*

In 4 Fällen nützte das Mittel nichts, die Membranen lösten sich nicht und alle Kinder starben. CHIARI.

97) **F. H. Williams. Starke Wasserstoffsuperoxydlösungen local bei der Diphtherie. (Strong peroxide of hydrogen solutions locally in diphtheria.)** *Boston Med. and Surg. Journal. 29. Sept. 1892.*

Die gewöhnlichen Lösungen (2,4 pCt. oder 15 Volum.) von Wasserstoffsuperoxyd sind gut für Reinigungszwecke, aber viel zu schwach um als keim-

tödtendes Mittel gegenüber dem Diphtheriebacillus zu dienen. W. benutzt Lösungen von 8 bis 32 pCt. (200 Volum.), die er mittelst eines besonderen Zerstäubers und einer besonderen Spritze, welche in seiner Arbeit beschrieben sind, applicirt.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

98) **Redactionelle Notiz. Die Behandlung der Diphtherie. (The therapy of diphtheria.)** *Med. and Surg. Reporter. 24. Sept. 1892.*

In der Hauptsache ein Referat über eine Arbeit von Strübing (Greifswald) in der Deutsch. Med. Wochenschrift.

Eine erfolgreiche Behandlung der Diphtherie muss drei verschiedenen Anforderungen entsprechen. Erstens muss sie direkt das Leben der Bacillen beeinflussen und ihr Wachsthum hemmen. Auf diese Weise verhütet sie gleichzeitig die weitere Bildung des Giftes, das die Bakterien produciren. Zweitens soll sie die Wirkung des bereits resorbirten Giftes auf den Organismus hemmen. Und drittens muss sie die Invasion anderer Keime verhüten oder, wo solche bereits da sind, sie zerstören.
W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **Kersch** (Erlach?). **Eine Croup- und Diphtheritis-Therapie ohne locale Behandlung.** *Memorabilien. XXXVII. 1. 1892.*

K. empfiehlt zur internen Behandlung der Diphtherie eine Mixtur aus: 5,0 Natr. salicyl., 5,0 Kalium jodatum, 200,0 Aq. destill. und 30,0 Syr. spl., stündlich 1 Esslöffel voll und zwar solle die Medication nicht ausgesetzt werden, bevor nicht jede Spur von Lokalaffection geschwunden sei.
SEIFERT.

100) **G. E. Fell. Forcirte Respiration durch die Gesichtsmaske und Tracheotomie. (Forced respiration per face-mask and tracheotomy.)** *Medical Record. 2. Juli 1892.*

Der Pat., ein 7jähriger Knabe wurde bewusstlos und cyanotisch und es war nicht nöthig, ihn zu narcotisiren. Bevor die Operation aber noch weiter geführt war, nahm die Asphyxie augenscheinlich zu, die Pupillen erweiterten sich rapide. Wäre der vorher bereitgestellte Apparat zur forcirten Respiration nicht zur Hand gewesen, so wäre der Pat. wohl nach dem ersten Schnitt gestorben. So wurde denn jedesmal, wenn die Athmung aussetzte, der Apparat in Thätigkeit gesetzt, was im ganzen 5 oder 6 mal nöthig wurde, ehe die Tracheotomie vollendet war. Danach wurde die forcirte Respiration noch eine Zeit lang durch die Tracheotomiecanüle aufrecht erhalten, bis der Pat. wieder zum Bewusstsein kam. Das Wasserstoffsuperoxyd wurde angewendet mit zufriedenstellendem Erfolg, ausgiebig in Mund und Nasenhöhle und auch an dem Trachealschnitt. Manchmal wenn die Dyspnoe gross wurde, gelang es auf diese Weise die Membran von der Schnittöffnung aus aufzulösen und dem Pat. dadurch Erleichterung zu schaffen. Bisweilen, wenn dies nichts nutzte, beseitigte auch die forcirte Respiration durch die Canüle die Cyanose und setzte den Pat. in den Stand, eine Zeit lang wieder selbst zu athmen. Indess die Exsudation dauerte fort und hinderte den Athemprocess immer von neuem und der Pat. starb ca. 60 Stunden nach der Operation. Der Fall illustrirt den Werth der forcirten Respiration durch die Gesichtsmaske in Fällen, in denen eine membranöse Exsudation die Athmung behindert, also bei

membranösem Croup und bei Diphtherie; er beweist ferner den Werth des Wasserstoffsuperoxyds zum Verflüssigen der Exsudate. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

101) **Habs (Magdeburg). 572 Tracheotomien bei Diphtherie.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 33. Bd. 6. Heft. 1892.*

Die oben genannte Zahl von Tracheotomien wurde in der Zeit vom 1. Jan. 1886 bis 31. Dez. 1891 auf der chirurgischen Abtheilung von Hagedorn ausgeführt. Es ergaben sich $55^1/_4$ pCt. Todesfälle und $44^3/_4$ pCt. Heilungen, gewiss ein gutes Resultat. Als Operationsmethode wurde fast ausschliesslich die Tracheotomie inferior geübt, selten kam bei der Operation eine stärkere Blutung zur Beobachtung, abundante Nachblutungen kamen 3 mal vor. Eitrige Mediastinitis wurde nur einmal beobachtet.

Eine schwere Infection der Wunde fand sich in etwa 4 pCt. der Fälle, Decubitusgeschwüre der Trachea wurden sehr häufig beobachtet. Der Mortalitätsprocentsatz ist für die ersten beiden Lebensjahre sehr hoch (100 pCt. bezw. 75 pCt.), fällt dann allmählich, hält sich vom 6. bis 9. Lebensjahre auf gleichbleibender Höhe von etwa 40 pCt. Knaben wurden weit mehr als Mädchen operirt.

SEIFERT.

102) **Ludwig Krause. 200 Tracheotomien bei Croup und Diphtherie. (200 tracheotomii przy krupie i dyfterycie u dzieci.)** *Gazeta lekarska. 1892. No. 23, 24, 25, 26.*

K. giebt folgende Zusammenstellung der Resultate von 200 Tracheotomien, die bei Croup und Diphtherie vollführt waren.

Von zweihundert tracheotomirten Kindern wurden geheilt 98 (60 Knaben, 38 Mädchen). Gestorben sind 102 (53 Knaben, 49 Mädchen), also im Ganzen Heilung 49 pCt. Exitus letalis 51 pCt.

In 10 Fällen trat der Tod ein, während oder gleich nach der Operation.

V. unterscheidet zwischen Croup und Diphtheritis und betrachtet als Croup diejenigen Fälle, in welchen im Rachen keine Membranen zu constatiren waren.

Diese Fälle gaben das beste Resultat. Er beobachtete nämlich auf 102 Fälle der Categorie 43,75 pCt. letale Fälle, in der zweiten (auf 88 Fälle) 60, 22 pCt. Exitus letalis.

Die meisten Todesfälle wurden beobachtet bei Kindern zwischen dem 2. bis 5. Lebensjahre, der geringste Procentsatz der Sterblichkeit wurde erzielt bei Kindern zwischen dem 4. bis 5. Jahre. Die Operation wurde immer in Chloroformnarcose ausgeführt und zwar per strata mit dem Messer von Chwat, das zugleich zum Dilatiren der Trachealwunde benutzt wird. Die grösste Zahl der Tracheotomien wurde ausgeführt zwischen dem 2. bis 4. Tage der Erkrankung (116 Fälle). V. legt grossen Nachdruck auf die Nachbehandlung mittelst antiseptischer Inhalationen (Aqua Calcis, Milchsäure entsprechend verdünnt), die halbstündlich ausgeführt wurden.

Die Canüle wurde so früh wie möglich entfernt, um Granulationsbildungen vorzubeugen. In 12 Fällen war die Entfernung der Canüle erschwert und zwar 6 Mal wegen Granulations-Wucherungen. T. HERYNG.

103) **Van der Hagen. Laryngotomie bei Diphtheritis. (Laryngotomie bij diphtheritis.)** *Weekbl. voor Geneesk. No. 2. Juli 1892.*

In der Aprilsitzung der Hertzogenbuscher Med. Gesellschaft spricht Van der H. über die Laryngotomien bei Diphtheritis.

BAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

104) **O. Chiari** (Wien). **Ueber das Vorkommen von Drüsen in Polypen und Knötchen der Stimmbänder.** *Prager med. Wochenschr. 1892. No. 37.*

2 Stimmbandknötchen zeigten Verdickung des Epithels und spärliches Bindegewebe. In einem Knötchen von der Grösse eines halben Hanfkornes an der Grenze des vordern und mittleren Drittels der freien Kante des Stimmbandes fanden sich dagegen 2 cystisch entartete Drüsen. Eine dieser Cysten stand noch mit dem verengten Ausführungsgange in Verbindung; dieser Gang zog gegen eine narbig verschrumpfte Stelle des Knötchens und hörte daselbst auf, so dass man die Entstehung der Cyste aus Verschluss des Ausführungsganges ableiten kann.

CHIARI.

105) **Sabrazes** u. **Frèche. Zur pathologischen Anatomie der Knötchen der Sänger. (Sur l'anatomie pathologique des nodules des chanteurs.)** *Annales des malad. de l'oreille. September 1892. Prager medicin. Wochenschr. 1892. No. 45.*

Die Verf. berichten über 3 Fälle mit mikroskopischer Untersuchung, aus der hervorgeht, dass die Knötchen als circumscripte Hypertrophien des Epithels und des Chorion der Schleimhaut aufzufassen sind. Bald ist es die Verdickung des Epithels, die überwiegt, bald bildet das Chorion mehr die papillären Fortsätze; zumeist jedoch participiren beide an der Hypertrophie.

E. J. MOURE.

106) **C. E. Spahr. Fünf Fälle von Kehlkopftumoren. (5 cases of laryngeal tumor.)** *Journal Ophthalmol., Otol. and Laryngology. Juli 1892.*

Nichts von besonderem Interesse; die Tumoren wurden sämmtlich mittelst der Zange entfernt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

107) **R. H. Woods** (Dublin). **Ein Fall von intralaryngealer Geschwulst. (A case of intra-laryngeal growth).** *Dublin Journal of Med. Science. August 1892.*

Der Tumor hatte ein polypoides Aussehen und sass an der vorderen Wand fest; er verschwand spontan nach der Tracheotomie. Der Verf., wie auch Dr. Hayes betonen beide die Seltenheit von gutartigen intralaryngealen Geschwülsten in Irland. (Der Referent hat bereits seiner Meinung Ausdruck gegeben, dass die benignen Tumoren ebenso relativ selten sind in Schottland, während maligne Erkrankung des Kehlkopfs — und auch des Pharynx und der Nase — vergleichsweise häufig vorkommen.)

P. MC. BRIDE.

108) **P. Mc Bride** (Edinburgh). **Ein Tumor entfernt vom vorderen Theile des rechten Stimmbandes. (Tumor removed from the anterior portion of the right vocal cord.)** *Edinburgh Med. Journal. Sept. 1892.*

Demonstration des Präparates — eines kleinen Fibroms — in der Medico-Chir. Society. Autoreferat.

109) **G. Hunter Mackenzie** (Edinburgh). **Ein Fall von cystischem Tumor des Kehlkopfs bei einer 80jährigen Frau; intralaryngeale Abtragung; Heilung. (Case of cystic tumour of the larynx in a woman eighty years of age: Intralaryngeal removal: Recovery.)** *Brit. Med. Journ. 3. Dec. 1892.*

Als Verf. dre 80jährige Patientin sah, litt sie an starker Dyspnoe und war fast vollständig stimmlos. Bei der Untersuchung fand sich ein grosser Tumor im Kehlkopf, der von der linken Seite ausging und die Glottis fast vollständig verschloss. Unter Cocain wurde die Cyste mittelst der Kehlkopfzange entfernt, worauf unmittelbare Besserung aller Symptome eintrat.

MACKENZIE JOHNSTON.

110) **A. B. Thrasher. Papillom der Epiglottis etc. (Papilloma of the epiglottis etc.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 15. October 1892.*

Krankengeschichte eines Falles. Ausser der Geschwulst der Epiglottis fand sich noch die Rachenwölbung bedeckt von adenoidem Gewebe, dass sich von der Gegend der Luschka'schen Tonsille nach hinten und unten hin über die hintere Rachenwand ausdehnte bis zu einem Punkt in gleicher Höhe mit dem oberen Rand der Epiglottis. Der Pat. bat um Befreiung von der Dyspnoe, an der er seit 3 Monaten in zunehmendem Maasse litt. Das Gewebe wurde entfernt und recidivirte nicht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) **Charters Symonds** (London). **Kehlkopfpapillom. (Papilloma of the larynx.)** *Brit. Med. Journ. 6. Febr. 1892.*

Demonstration einiger Papillome, die von einem Knaben entfernt worden waren. SEMON.

112) **R. D. Gibson. Papillom des Kehlkopfs. (Papilloma of the larynx.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 15. October 1892.*

Krankengeschichte eines Falles. Während der vorbereitenden Uebungen soll man in diesen Fällen den Pat. anweisen einen tiefen Athemzug zu thun, nachdem das Instrument am richtigen Platze ist. Bei der Operation selbst wird dem Pat. nicht gesagt, dass jetzt die Geschwulst wirklich entfernt werden soll und die tiefe Inspiration findet wie gewöhnlich auf ein gegebenes Zeichen statt. Im Falle die Geschwulst nach dem Lossschneiden dem Instrument entfällt, wird sie sofort durch den kräftigen Hustenstoss, der erfolgt, ausgestossen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

113) **F. E. Waxham. Bericht über einen Fall von Papillom des Kehlkopfs. — Intubationsröhre 4 Jahre lang getragen. (Report of a case of papilloma of the larynx. — Intubation tube worn 4 years).** *Journal Am. Med. Assoc. 22. October 1892.*

Der Patient, den Verf. 1888 zum ersten Male sah, war damals ein Knabe

von $2^1/_2$ Jahren. Es wurde damals die Tracheotomie und die Laryngotomie gemacht und die Geschwulst entfernt. Durch Adhäsionen und andere Störungen wurde die Respiration sehr erschwert und es wurde deshalb eine Intubationsröhre eingeführt, die noch immer getragen wird. Der Knabe ist $6^1/_2$ Jahre alt und so kräftig wie andere Knaben seines Alters. Er kann die Tube für ein paar Stunden entbehren und es ist zu hoffen, dass wenn er weiter wächst und der Kehlkopf an Grösse zunimmt, dass sich dann genügend viel Raum ausbilden wird für die normale Leistung der Athmung, trotz der Menge von Narbengewebe, die zur Zeit noch besteht. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

114) **Moritz** (Manchester). **Papillome des Kehlkopfs. (Papillomata of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 26. November 1892.*

Zwei Patienten — Zwillingsschwestern von 20 Jahren — wurden der Manchester Medical Society vorgestellt; beide litten an Kehlkopfpapillomen; die eine war heiser seit ihrem 2. Lebensjahre, die andere erst seit dem 18. Jahre.

MACKENZIE JOHNSTON.

115) **Irsai** (Pest). **Papillom des Larynx.** *Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 48 u. 49.*

Demonstrirt in der Gesellsch. d. Aerzte in Budapest. 19. u. 26. Nov. 1892.

Das beinahe haselnussgrosse, gestielte Papillom wird im Kehlkopfe des Patienten und in der nächsten Sitzung als exstirpirt angezeigt. CHIARI.

116) **Stadler** (Bremen). **Multiple Papillome des Kehlkopfs bei Kindern und ihre Behandlung.** Dissertation. Göttingen 1892.

Bericht über 6 Fälle von multiplen Papillomen des Kehlkopfes bei Kindern, wegen deren die Laryngofissur vorgenommen werden musste. Bei 2 Fällen völlige Heilung, bei 3 Fällen blieben Stimmstörungen zurück, in 1 Falle trat Exitus ein in Folge von Pneumonie. SEIFERT.

117) **J. A. White. Spontanheilung multipler Papillome des Kehlkopfs nach der Tracheotomie. — In demselben Fall auch die seltene Abnormität eines Papilloms der Epiglottis. (Spontaneous cure of multiple papilloma of the larynx after tracheotomy. — The same case also developed the rare anomaly of papilloma of the epiglottis.)** *Journal of the Amer. Med. Association. 22. October 1892.*

Der Fall betrifft einen 5jährigen Knaben, den Verf. zum ersten Male im Jahre 1886 sah. Nach der Tracheotomie und der Exstirpation der Tumoren recidivirten diese so schnell, dass man zu dem Entschluss kam, die Sache sich selbst zu überlassen. Seither haben die Tumoren allmälig sich verringert; der Pat. trägt noch immer die Canüle. Der Fall interessirt aus mehreren Gründen. 1) Es ist, (soweit W. unterrichtet ist) der erste Fall, in dem ein Papillom der Epiglottis beobachtet ist. Seither sind zwei derartige Fälle beschrieben worden, der eine von Uchermann in der medicin. Gesellschaft von Christiania 1889 und ein Fall von secundärem Papillom der Epiglottis bei recidivirendem Papillom des Larynx von Eliasberg 1889. 2) Es ist der 6. Fall in der Literatur von spontaner Heilung multipler recidivirender Papillome des Larynx nach der Tracheotomie. 3) Der Fall zeigt, dass die Trachealcanüle unbestimmt lange Zeit ge-

tragen werden kann ohne secundäre Parese des Stimmbandes oder Schwächung der Stimme und dass man in solchen Fällen am besten thut, mit der Fortnahme der Canüle nicht so zu eilen, weil sich oft nach der Operation Trachealpolypen entwickeln. 4) Es geht aus dem erzielten Resultate die Ueberlegenheit der Tracheotomie vor der Thyrotomie bei recidivirendem Kehlkopfpapillom hervor.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

118) **John Dunn. Ein Fall von intralaryngealer Geschwulst als Illustration der Schwierigkeiten, die die Diagnose des internen Kehlkopfkrebses bietet. (A case of intra laryngeal tumor, which illustrates some of the difficulties of diagnosis in intrinsic carcinoma of the larynx.)** *N. Y. Med. Journ. 17. Dec. 1892.*

Der Pat. war 59 Jahre alt; die rechte Hälfte des Kehlkopfes bietet das gewöhnliche Bild, wie man es in alten Fällen von Laryngitis bei chronischer Bronchitis und Emphysem findet, nämlich Congestion mit Verdickung der Schleimhaut. Auf der linken Hälfte: das wahre Stimmband dem Blick verborgen, mit Ausnahme seines vordersten Endes, durch eine Hervorwölbung des Ventrikels, der eine oder zwei warzenförmige Hervorragungen zeigt. Eine Ulceration bedeckt $^3/_4$ des oberen Stimmbandes; dieselbe ist flach, von weisslichem Grunde und scheint mit etwas Secret bedeckt zu sein; die Schleimhaut in der Umgebung des Geschwürs ist feuerroth und entzündet; es besteht an der Stelle der Ulceration ein Schmerz, nicht sehr heftig, doch quälend; diese Schmerzempfindung zieht sich ins linke Ohr und ist dort sehr viel stärker als im Halse. Nach kurzer Beobachtung des Falles wurde dem Pat. mitgetheilt, dass er ein Carcinom im Kehlkopfe habe und dass wahrscheinlich eine sofortige Operation nöthig werden würde. Während der nächsten Zeit bis zu dem für die Operation angesetzten Tage wurden mehrere Präparate in dem Halse angewendet; zuletzt wurde von Tinct. Jodi composita Gebrauch gemacht und gerade um diese Zeit setzte die jährlich bei dem Pat. sich einstellende Attake von Heufieber ein. Fast sofort trat ein Wechsel in dem Aussehen des Tumors ein. Die Veränderung war eine so ausgesprochene, dass nach 2 oder 3 Tagen die Operation für unbestimmte Zeit verschoben wurde; der Pat. ging für 1 Monat an die See; als er zurückkam, war die Ulceration ganz verschwunden; der Ventrikel an der linken Seite hatte sich zurückgebildet und nichts in dem Kehlkopf liess den Gedanken an eine maligne Geschwulst aufkommen; das linke Stimmband war in seiner ganzen Länge sichtbar. Die früher beobachteten Störungen kehrten nicht wieder.

Der Fall lehrt, dass im Kehlkopf ein Zustand vorkommen kann, der objectiv und subjectiv so ausserordentlich ähnlich einem Carcinom sein kann, dass er selbst ein geübtes Auge zu täuschen vermag. Er lehrt ferner, dass wenn man auch beim Carcinom des Kehlkopfes zum Messer greifen soll so zeitig als irgend angängig, dass man doch die Operation aufschieben soll, bis entweder das Mikroskop oder das Aussehen des verdächtigen Tumors die Natur der Geschwulst gänzlich ausser Zweifel stellen. In gewissen Fällen aber ist, so lange als noch Zweifel bestehen über die Natur der Geschwulst, vorausgesetzt natürlich, dass Grösse und Lage derselben nicht einen chirurgischen Eingriff unaufschieblich machen,

ein Zögern berechtigt. Und schliesslich lehrt der Fall, dass in der Medicin ebenso wie in allen andern Dingen, das Unerwartetste vorkommen kann. LEFFERTS.

119) **Redactionelle Notiz. Die Häufigkeit benigner Geschwülste im Kehlkopf von Kindern (Frequency of benign neoplasms of the larynx in childhood.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 24. December 1892.*

In einem Briefe macht Prof. Schrötter (Wien) folgende Angaben: „In den letzten 10 Jahren hatten wir 56498 Patienten in meiner Klinik, darunter befanden sich 7324 Kinder unter 10 Jahren. Von diesen hatten 10 benigne Neubildungen im Kehlkopf. Unter den Erwachsenen zählten wir deren 220."

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

120) **Sasse. Ueber Larynxsclerom. (Over Scleroom van den Larynx.)** *Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. No. 15. 1892.*

Kurze Skizze von 6 Fällen von Larynxsclerom in Prof. Schrötter's Klinik von Sasse beobachtet (wohl dieselben Fälle, welche jetzt ausführlich in der Juffinger'schen Monographie über Sclerom der Schleimhäute beschrieben sind? Ref.). Bei der Besprechung der Therapie hebt S. mit Recht hervor, dass bei der Beurtheilung der Gottstein'schen Aussage, als solle der Ausgang zum Theil abhängen von der zugrundeliegenden Erkrankung (Syphilis, Tuberculose) man zu bedenken habe, dass dieser schon vor der Erkennung des wahren Charakters der Affection stattgefunden. Lues namentlich war in den meisten Fällen absolut nicht nachweisbar.

MOLL.

121) **Juffinger** (Wien). **Das Sclerom der Schleimhaut der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre.** Wien, Franz Deuticke. 1892.

Das Sclerom der Resporationsorgane findet in der vorliegenden Monographie eine ausgezeichnete Bearbeitung. Dem Verf. haben als Basis seiner Studien die Krankengeschichten von 38 Fällen gedient, von denen ein kleiner Theil bereits anderweitig publicirt ist. In einem Falle war der Process nur auf Nase und und Rachen beschränkt, in 4 Fällen nur auf den Larynx, während in den übrigen Fällen hochgradige Veränderungen von der Nase bis in den Rachen hinab entwickelt waren, nur in 3 Fällen war auch die äussere Nase ergriffen.

In der Einleitung bespricht J. die geographische Verbreitung des Scleroms überhaupt, die Aetiologie mit besonderer Berücksichtigung des Bacillenfundes, die Localisation, die verschiedenen Formen und die Histologie. Die histologischen Untersuchungen sind durch schöne Abbildungen illustrirt. Die Befunde in den Nasenhöhlen bei der Untersuchung von vorne, dann die des Mundrachenraumes, des Kehlkopfes und der Luftröhren, schliesslich die Veränderungen der äusseren Nase werden der Reihe nach besprochen. (Vgl. a. p. 568. Red.) SEIFERT.

122) **N. Lunin** (Petersburg). **Ein Fall von Scleroma laryngis.** *Petersburger med. Wochenschr. 1892. No. 52.*

Vorstellung einer 12 Jahr alten Pat., im Verein St. Petersburger Aerzte, die an Scleroma laryngis leidet. Krark fühlt sich Pat. seit etwa 1 Jahr. Die Krankheit begann mit Heiserkeit, zu der sich bald Athemnoth mit Erstickungsanfällen gesellten. Nase und Pharynx normal. Unter den Stimmbändern, in

der Regio subchordalis, sieht man geschwulstartige Wülste hervortreten, die am vorderen Winkel beginnen, sich darauf nach hinten auf die hintere Kehlkopfwand ausdehnen. Diese Wülste überragen nach innen die Stimmbänder und gehen allmählich in den freien Rand derselben über. Vortr. hält diesen Fall für ein „Scleroma laryngis“ und giebt einen kurzen Ueberblick über die Lehre vom Sclerom der Schleimhäute.

Behandelt wurde Pat. mit den O'Dwyer'schen Tuben. Zuletzt wurde eine Tube eingeführt, die eigentlich für Erwachsene bestimmt war. Unter dem Drucke schwanden die Schwellungen bis auf einen kleinen Rest. Weil das Sclerom in Petersburg so überaus selten vorkommt (ein Scleroma laryngis ist in Petersburg bis jetzt nicht beobachtet worden) und die Krankheit so überaus langsam verläuft, glaubt Vortr., Pat. ist in der Heimath Moskau erkrankt und hier habe sich das Uebel blos mehr entwickelt.

LUNIN.

123) **W. Coleman. Epitheliom des Kehlkopfs. (Epithelioma of the larynx.)** *Med. Record. 8. September 1892.*

C. demonstrirte das Präparat in der N. Y. Pathological Society. Der Schildknorpel war von der Geschwulst ergriffen und war ulcerirt; der ganze Kehlkopf erschien von dem Neoplasma erfüllt.

Es ergab sich eine Differenz der Anschauungen darüber, ob die Geschwulst ein Carcinom oder ein Epitheliom sei.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

124) **R. Norris Wolfenden** (London). **Ein Fall von Kehlkopf- und Lungenphthise mit Ausgang in Epitheliom des Kehlkopfs. (A case of phthisis of the larynx and lung terminating in epithelioma of the larynx.)** *Journal of Laryngology. December 1892.*

Ein klinischer Bericht über den Verlauf eines Falles, in dem sich unter der Behandlung die phthisischen Symptome eine zeitlang erheblich besserten, bis sich plötzlich das Befinden verschlechterte und man eine epitheliomatöse Masse vom linken Taschenbande aus sich entwickeln sah. Der Pat. hatte auch Syphilis gehabt.

MACKENZIE JOHNSTON.

125) **Gouguenheim. Kehlkopfkrebs. (Cancer du larynx.)** *Semaine médicale. 1892. No. 43. p. 339.*

Der Verf. schliesst sich der Eintheilung in einen äusseren und inneren Krebs (cancer extrinsèque — c. intrinsèque) an; er ist Anhänger der rechtzeitig ausgeführten Hemilaryngectomie.

J. BARATOUX.

126) **Felix Semon** (London). **Thyreotomie in einem Fall von Kehlkopfkrebs. Heilung. (Thyrotomy for laryngeal cancer. Cure.)** *British Medical Journal. 2. April 1892.*

Demonstration des Pat., eines 38jährigen Herrn, am 25. März 1892, vor der Clinical Society of London. Die Neubildung hatte das linke Taschenband und den linken Morgagni'schen Ventrikel eingenommen, und war, wie die mikroskopische Untersuchung zeigte, ein Pflasterzellenkrebs gewesen. Das Datum der Operation war der 2. Januar 1891. Operation und Reconvalescenz waren

ohne jeden Zwischenfall vor sich gegangen, und ein Recidiv war weder zur Zeit der Demonstration, noch gegenwärtig (März 1893) erfolgt. Der Hauptgrund der Demonstration war der überraschende Wiedergewinn einer fast völlig normalen Stimme. Obwohl die sämmtlichen Weichtheile an der linken Seite des Kehlkopfs inclusive des linken Stimmbandes entfernt worden waren, so ist die Stimme, wie sich die Mitglieder der Gesellschaft überzeugten, dem Klang und der Stärke nach de facto als eine normale zu bezeichnen. Die Erklärung dafür liegt in dem Umstande, dass sich in der sonst glatten Narbe correspondirend der Situation des früheren linken Stimmbandes eine hervorspringende Leiste gebildet hat, welche das gesunde Stimmband bei der Phonation fast berührt, indem es die Mittellinie etwas überschreitet. Eine ähnliche Leistenbildung scheint auch in anderen Fällen von Thyreotomie nach Excision eines Stimmbandes stattgefunden zu haben. AUTOREFERAT.

127) **J. Solis-Cohen. Ein Fall von Laryngectomie. (A case of laryngectomy.)** *Journal of Laryngology.. Juli 1892.*

Ein eingehender Bericht über einen interessanten Fall von Epitheliom des Kehlkopfs, der die Excision des Kehlkopfs und des obersten Trachealringes nöthig machte. Nach der Exstirpation des Kehlkopfs wurden 2 oder 3 Trachealringe gespalten und die so gebildeten Lippen in der Haut befestigt, so dass die Trachea in geeigneter Lage und nach vorn hin offen gehalten wurde. Der Pat. erholte sich von der Operation vollkommen. MACKENZIE JOHNSTON.

128) **D. Kulenkampff** und **H. Noltenius. Ein durch halbseitige Exstirpation bislang geheilter Fall von Carcinoma laryngis.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1892. No. 36.*

Afficirt war bei einem 59jähr. Herrn das rechte Stimmband, welches geschwollen und schwer beweglich war. Entnahme eines Stückes behufs mikroscopischer Untersuchung ergab zunächst kein beweisendes Präparat, eine spätere Exstirpation sicherte die schon frühen aus den klinischen Erscheinungen gestellte Diagnose. Es folgte die halbseitige Exstirpation. Zustand nach 10 Monaten gut. LANDGRAF.

129) **Robert Abbe. Partielle Laryngectomie wegen ausgebreiteten Carcinoms. (Partial laryngectomy for extensive carcinoma.)** *N. Y. Med. Record. 26. Nov. 1891.*

Der zweite von A. vorgestellte Fall zeigt die ausserordentlich günstigen Resultate einer fast vollständigen Exstirpation des Kehlkopfs in einem Falle von ausgebreitetem Carcinom. Der Pat. war ein Mann von 45 Jahren; er war vor etwas über einem Jahre von Dr. French (Brooklyn) wegen papillomatöser Bildungen am Stimmbande behandelt worden. Später kam er in die Behandlung von Dr. Riese (New-York), der ein ausgebreitetes Carcinom constatirte, welches mehr als die Hälfte des Kehlkopfinneren ergriffen hatte; ein paar Tage vor der Operation wurde der Kranke A. überwiesen wegen einer acuten Verstopfung des Kehlkopfs durch Oedem oberhalb der Krebsgeschwulst. Da der Pat. sonst in gutem Zustande war, wurde die Tracheotomie mit der Laryngotomie combinirt

und der ganze Schildknorpel mit Ausnahme des hinteren Drittels des rechten Flügels zusammen mit dem gesammten übrigen Kehlkopf entfernt; zurück blieb nur ein Streifen der hinteren Wand von $^1/_2$ Zoll Weite im Zusammenhang mit der Bronchialschleimhaut. Ein Theil des Ringknorpels war bereits erkrankt und wurde auch entfernt. Die Wunde wurde leicht mit Jodoformgaze austamponirt. Der Pat., der 10 Tage durch einen weichen Katheter ernährt wurde, machte eine gute Reconvalescenz durch; nach Verlauf von 2 Wochen ass er feste Nahrung, ohne dass etwas in den Larynx gerieth. Es wurde später ein Versuch gemacht, einen Gussenbauer'schen künstlichen Kehlkopf tragen zu lassen, doch der Pat. war nicht im Stande denselben zu tragen, da er den Pharynx reizte und Uebelkeit hervorrief. Es ergab sich weiterhin, dass der Pat. bei der weiten Canüle, die er jetzt trägt, wenn er sie vorn mit dem Finger schliesst, gut articuliren kann; die Töne sind zwar heiser und guttural, aber doch so, dass sie jeder deutlich verstehen kann. LEFFERTS.

130) **J. Solis-Cohen. Laryngectomie. (Laryngectomy.)** *N. Y. Medical Journal. 9. Juli 1892.*

Verf. berichtet über einen Fall von Entfernung des Kehlkopfs bei einem Pat., dem 19 Jahre vorher eine papillomatöse Geschwulst aus dem Kehlkopf exstirpirt worden war; er schliesst daran folgende Bemerkungen: „Sie werden bei der Untersuchung dieses Pat. wahrnehmen, dass bei ihm jetzt keine Verbindung zwischen Trachea und Nase besteht. Ich möchte hierbei Ihre Aufmerksamkeit auf einen physiologisch wichtigen Punkt lenken. Vor wenigen Jahren haben eine Reihe deutscher Chirurgen — Aschenbrandt u. A. — ferner Mac Donald in London und Bosworth in New-York Experimente angestellt über die Physiologie der Nasenathmung mittelst der Anwendung von Röhren u. s. w. Diese Autoren behaupten, dass die Athemluft in der Nase vollständig mit Feuchtigkeit gesättigt wird und dass sie darum, wenn sie gesättigt, wie sie ist, in die Lungen eintritt, aus diesen keine Feuchtigkeit mehr annehmen kann. Deshalb, erklären diese Autoren, sind die Physiologen im Irrthum, wenn sie lehren, dass Feuchtigkeit von den Lungen exhalirt wird. In diesem Falle hier besteht nun keinerlei Verbindung zwischen Nase und Lunge; und wenn sie einen Spiegel nehmen und ihn über die Trachealöffnung halten, so werden sie sehen, dass er beschlägt. In diesem Falle exhaliren die Lungen also Feuchtigkeit. Natürlich sind hier die Verhältnisse abweichend von dem Normalen. Ich möchte auch nur auf diesen Punkt aufmerksam gemacht haben, es scheint aber, als ob die ältere physiologische Anschauung zu Recht bestände. Es ist da auch noch eine enge Fistel oben, die wie ich denke sich ohne Schwierigkeit wird schliessen lassen, aber eine Verbindung mit der Trachea besteht nicht. —

Nach der Anamnese des Falles hielt ich es für ausgemacht, dass es sich um ein Papillom handele, das an der Stelle der früheren Geschwulst recidivire; bei der Untersuchung jedoch eines Stückchens von dem Tumor mit dem Mikroskop wurde derselbe als ein Sarkom angesprochen.

Nach der Exstirpation des Kehlkopfs wurde die Neubildung als ein Cylinderepitheliom oder ein destruirendes Adenom oder ein Adenocarcinom erkannt, das

die Ary- und den Schildknorpel ebenso wie die weichen Theile invadirt hatte. Sie sehen hier am Präparate, wie der Tumor die Kehlkopfhöhle nahezu erfüllt, wie er hauptsächlich von der linken Seite ausgeht, aber ein wenig bereits nach rechts sich ausstreckt und die nekrotischen Partien beider Flügel des Schildknorpels annimmt, so dass er sich aussen schon zeigt und auch die Hautoberfläche schon miteinbezieht. Was der Tumor auch sei, zweifellos ist er ein maligner.

Die Frage, ob gutartige Tumoren sich je in bösartige umbilden, ist sehr wichtig. Es ist eine allgemein acceptirte Anschauung, dass benigne Geschwülste sich bisweilen, durch fortgesetzte Reizung, in maligne umwandeln. Eine von Semon (London) vorgenommene Sammelforschung über diesen Punkt hat jedoch die Irrigkeit dieser Anschauung, wenigstens soweit sie auf Kehlkopftumoren Bezug hat, ergeben. Sicherlich bestand auch in diesem Falle keine Umwandlung eines Papilloms in eine maligne Geschwulst. Die maligne Neubildung entwickelte sich lange Jahre später an einer Stelle, von der eine gutartige Geschwulst entfernt worden war.

Ein Punkt ist noch zu erwähnen, der mir klinisch neu war. Es ist dies das vollständige Fehlen aller Schmerzen, das Fehlen von Husten und von Schluckbeschwerden. Sollte ein Recidiv in diesem Falle nicht eintreten, so haben wir alle Ursache mit dem Resultat zufrieden zu sein. Erfolgt ein Recidiv, so ist der Pat. doch eine gewisse Zeit von seinem Leiden befreit gewesen.

Als ich mich vor einer Reihe von Jahren mit dieser Frage beschäftigte, war ich in der Hauptsache Gegner der Operation und das bin ich noch. Dieser Fall hier ist ein Ausnahmefall; und nur in solchen Ausnahmefällen soll man die Laryngectomie vornehmen. Damals schrieb mir Herr Czerny (Heidelberg), dass wenn ich nur ein paar von seinen Patienten sehen könnte, wie sie frei von allen Schmerzen wären, dann würde ich die Operation wohl auch für berechtigt halten. Dieser Fall bestätigt seine Bemerkung. Der Pat. ist jetzt ebenso glücklich, wie er monatelang vor der Operation elend war." W. J. SWIFT (LEFFERTS).

131) J. Solis-Cohen. **Zwei Fälle von Laryngectomie wegen Adeno-Carcinom des Kehlkopfs. (Two cases of laryngectomy for adeno-carcinoma of the larynx.)** *N. Y. Med. Journ. 12. Nov. 1892.*

Fall I. Innerliches Adeno-Carcinom der linken Kehlkopfhälfte; Tracheotomie und sofort anschliessend einseitige modificirte Laryngectomie, beides unter Aethernarkose. Tod nach 48 Stunden infolge von Schluckpneumonie. Fall II. Adeno-Carcinom des Kehlkopfs an der Stelle eines 16 Jahre vorher entfernten Papilloms. Laryngectomie mit Erhaltung der Epiglottis. Kein Verband im Pharynx. Ernährung durch Klysmen. Heilung. (Vgl. vorstehendes Referat. Red.)

Von besonderem Interesse in diesem zweiten Falle ist die Entwicklung einer malignen Neubildung an einer Stelle, von der vor vielen Jahren ein Papillom entfernt worden ist. Sicherlich liegt in diesem Falle keine unmittelbare Umbildung vor; mehr als 10 Jahre sind vergangen, ohne dass überhaupt Symptome einer Neubildung im Larynx wiederauftraten, und weitere 5 oder 6 Jahre, bis die Malignität zu erkennen war. Es kann wohl sein, dass das Narbengewebe an

der Stelle der früheren Geschwülste mehr zu der malignen Degeneration geneigt war, als die gesunde Schleimhaut und deshalb die maligne Geschwulst sich an dieser Stelle eher als an einer andern entwickelte. LEFFERTS.

132) **J. A. Thompson. Bemerkungen aus der Laryngologie, Rhinologie und Otologie — die Laryngectomie. (Notes on Laryngology, Rhinology and Otology — Laryngectomy.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. 13. August 1892.*

Th. bezieht sich auf einen Vortrag von Dr. Cohen in der Philadelphia County Med. Society; er selbst erklärt die Frühoperation bei maligner Erkrankung des Kehlkopfs für das einzig rationelle Verfahren. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

133) **Redactionelle Bemerkung. Laryngectomie. (Laryngectomy.)** *N. Y. Med. Journal. 15. October 1892.*

Die Notiz beschäftigt sich mit einem neuerdings von J. Solis-Cohen als eine glückliche Entfernung des Kehlkopfs wegen maligner Erkrankung mitgetheilten Fall. Folgender bezeichnender Passus kommt darin vor: „Ueber die Natur des exstirpirten Tumors spricht sich der Verf. nicht ganz positiv aus, doch neigt er ersichtlich zu der Anschauung, dass der Tumor zur Zeit seiner Exstirpation nicht mehr gutartigen Charakters war. Die Berichte der mikroskopischen Untersucher stehen nicht ganz in Uebereinstimmung. Der Verf. glaubt, dass ein Intervall von mehren Jahren zwischen der Zeit der Entfernung eines Papilloms und der der malignen Neubildung an der Stelle der alten Narbe dazwischen lag. Der Verf. zieht aus dem Verlauf seines Falles manchen lehrreichen Schluss, wir können hier den folgenden anführen: „Eines dabei war mir klinisch neu — das ist das Freisein von Schmerz, von Husten und Dysphagie. Erfolgt kein Recidiv, so haben wir allen Grund sehr befriedigt zu sein von diesem Resultate; erfolgt eines, dann haben wir wenigstens dem Pat. für eine gewisse Zeit seine Leiden erleichtert" der Patient trägt jetzt blos eine rechtwinklige Tube."

LEFFERTS.

134) **Gersuny** (Wien). **Laryngotomia transversa.** Beiträge z. Chirurgie, Festschr. f. Billroth. 1892. —

G. giebt ein neues Verfahren an, welches sowohl die Pharyngotomia subhyoidea und die moderne Laryngofissur in geeigneten Fällen ersetzen kann, weil dadurch sowohl die Kommissur der Stimmbänder als jener Theil des Mechanismus geschont wird, welcher das Eindringen fremder Körper vom Schlund aus verhindert. Die Operationsmethode besteht hauptsächlich in einer queren Spaltung des Schildknorpels zwischen dem wahren und falschen Stimmbande parallel der Stimmbandebene Erprobt wurde die Methode an 2 Fällen, an einem Lymphosarkom des rechten Taschenbandes (Billroth) und einer grossen Cyste der rechten Kehlkopfwand (Gersuny). SEIFERT.

135) **Grossmann** (Wien). **Erklärung des Herztodes nach Exstirpation des Larynx.** Experimentelle Untersuchungen aus dem Laboratorium des Prof. v. Basch in Wien *Wiener med. Presse. 1892. No. 44, 45 u. 46.* Beiträge z. Chirurgie, Festschr. f. Billroth. 1892.

Bekanntlich hat Störk die Hypothese aufgestellt, dass bei Larynxexstirpa-

tion öfters depressorische Herznerven durchschnitten werden, so dass der Tod durch übermässige Beschleunigung der Herzthätigkeit erfolgt. Alpiger hat dann anatomisch nachgewiesen, dass der N. cardiacus sup. Sympathici manchmal Wurzelfasern aus dem Ramus externus Nervi lar. super. empfängt. Gegen die Störk'sche Hypothese wendet G. ein 1) dass die depressorischen Herznerven centripetal leiten, 2) dass die einseitige Durchschneidung des N. cardiacus wahrscheinlich gar keine Störung in der Herzthätigkeit hervorruft, 3) dass nach Exstirpatio lar. oft Verlangsamung der Herzthätigkeit eintritt, und 4) dass die abnorme Herzthätigkeit erst 4—5 Tage nach der Operation auftritt. G. glaubt daher, dass die centralen Stümpfe der Nervi lar. sup. und inferiores durch Processe der Wundheilung gereizt wurden, und untersuchte daher an curarisirten Hunden den Einfluss der electrischen Reizung dieser Stümpfe auf Athmung und Herzthätigkeit. Dabei stellte sich heraus, dass die Durchschneidung der Nn. lar. sup. et inf. weder das Herz noch den Kreislauf alterirt, dass aber Reizung des Vagusstammes die Insuffienz des linken Ventrikels veranlasst. Jedenfalls ist bei dem Herztode nach Larynxexstirpation centrale Reizung der Nn. lar. sup. event. auch der Vagi vorhanden, doch müssen erst weitere Versuche lehren, wie alle Erscheinungen zu stande kommen. Die Versuche und ihre Anordnung sind im Originale nachzulesen. CHIARI.

136) X. **Exstirpation des Kehlkopfs. (Exstirpation of the larynx.)** *Lancet. 12. November 1892.*

Die Notiz des Herausgebers nimmt auf einen von Grossmann in der Wiener medicinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag über den Tod nach Exstirpation des Larynx Bezug. Derselbe zeigt, dass die Herzsymptome und die Herzschwäche nicht durch die Durchtrennung der Kehlkopfnerven, sondern durch die Reizung der Nervenstämme durch die in der Wunde vor sich gehenden Veränderungen verursacht werden. MACKENZIE JOHNSTON.

f. Schilddrüse.

137) **Gley. Cachexie beim Kaninchen nach der Totalexstirpation der Schilddrüse. (Cachexie chez le lapin après thyroidectomie totale.)** *Soc. de Biolog. Juli 1892.*

Der Verf. hat bei einem Kaninchen, dem er die Schilddrüse vollständig exstirpirt hatte, Ausfallen der Haare, Verdickung der Haut etc. beobachtet. Ganz analoge Veränderungen sah er bei einer Frau mit Myxödem; diese hatte deutliche Nodositäten in der Haut.

Bei der Autopsie der von ihm operirten Thiere constatirte Gley eine Hypertrophie der Hypophysis. Ein Kaninchen überlebte die subacuten Erscheinungen die nach der Totalexstirpation der Schilddrüse auftreten, infolge einer intraperitonealen Injection von Schilddrüsensaft. J. BARATOUX

138) **S. Beresowsky. Ueber die compensatorische Hypertrophie der Schilddrüse.** *Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allgem. Pathol. (Ziegler). 1892. XII. 1.*

B. fand, dass bei Hunden nach Exstirpation des grösseren Theils der Schilddrüse eine compensatorische Hypertrophie des Reststücks eintrat; an den ersten 5—7 Tagen locale Regeneration an der Operationsstelle unter vornehmlicher Bildung von Bindegewebe und wenig Drüsengewebe, gegen den 8. Tag im restirenden Stück ein intensiver Neubildungsprocess der epithelialen Elemente. Sie vermehren sich durch karyokinetische Theilung und häufen sich in den Follikeln an. Etwa am 24.—25. Tag ist der Process beendigt. A. ROSENBERG.

139) **H. Braun** (Leipzig). **Ueber Genese und Diagnose der endothoracalen Kröpfe.** Medic. Gesellsch. zu Leipzig 2. VIII. 1892. — *Schmidt's Jahrbuch. 12. 1892.*

Br. schilderte die Entstehung jener seltenen Kropfgeschwülste, welche vor und neben der Trachea ganz oder grösstentheils im Thorax verborgen bleiben. In dem von Br. mitgetheilten Falle handelte es sich mit grösster Wahrscheinlichkeit um eine Kropfbildung in einem abnormen Fortsatze des rechten Schilddrüsenlappens. SEIFERT.

140) **Hajek** (Wien). **Entzündung einer retropharyngealen Struma. Ausgang in Lösung.** *Intern. klin. Rundschau. 1892. No. 34.*

Der Titel deckt den Inhalt. CHIARI.

141) **Krönlein** (Zürich). **Klinische Untersuchungen über Kropf, Kropfoperation und Kropftod.** *Beiträge z. klin. Chirurg. IX. 3. 1892.*

Auf Grund eigener Erfahrungen versucht Kr. eine Reihe von Fragen, welche sich nach Heilung einer Kropfexstirpation dem Arzte aufdrängen, der Lösung nahe zu bringen. Die Zahl aller seiner in Zürich vorgenommenen Kropfoperationen beträgt 202. Während in der ersten Zeit die Resultate der Operation wenig erfreuliche waren, sind unter 181 Exstirpationen gutartiger Kröpfe in der letzten Zeit nur 3 Todesfälle zu verzeichnen.

Von 11 Fällen mit Struma maligna (6 Carcinome, 5 Sarkome) sind 5 gestorben, die übrigen 191 Fälle beziehen sich auf Struma benigna.

Auffallend ist die Zahl der Operirten weiblichen Geschlechtes.

Unter den letzten 181 Operationen benigner Strumen bezieht sich keine einzige mehr auf totale Exstirpation, während vorher 7 Totalexstirpationen mit 3 Todesfällen gemacht worden waren. Im Allgemeinen operirte Kr. nach der Billroth'schen Methode.

Von 191 Kropfpatienten zeigten 49 deutliche Stimmstörungen vor der Operation, in 7 Fällen fand sich einseitige Stimmbandlähmung. Kr. fand, dass Erstickungsanfälle und Stimmstörungen bei Kropfkranken sich keineswegs decken, dass es Kropfkranke giebt, welche bei normalem Kehlkopf und Stimmbandverhältnisse Erstickungsanfälle erleiden, und umgekehrt, dass andere Kranke, trotz sicher constatirter Stimmbandlähmung niemals einen Erstickungsanfall durchge-

macht haben. Ein anderer Theil der Arbeit beschäftigt sich mit der Frage nach dem Endresultate von 105 Kropfoperirten.

Ein Fall starb in Folge von Perforation eines Aneurysmas in die Trachea. Von Interesse ist, dass in keinem einzigen der noch untersuchten Fälle (darunter auch 2 Totalexstirpationen) bis zum Frühjahr 91 irgend welche Erscheinungen constatirt werden konnten, welche auch nur den geringsten Verdacht auf strumiprive Degeneration erregten.

Weiterhin ist interessant, dass Neukomm unter 100 Nachuntersuchten bei 17 Fällen eine einseitige totale Recurrenslähmung fand und zwar auf jener Seite, auf welcher die Operation vorgenommen war.

Die Ansicht Kr.'s über die akuten Erstickungsanfälle und den Kropftod ist die, dass dieselben nicht eine durch den Kropf bedingte Innervationsstörung der Glottismuskeln sind, dass der zur Erstickung führende Luftabschluss überhaupt nicht im Kehlkopfe, sondern in der Trachea stattfindet und bedingt ist durch den directen Druck des Kropfes gegen die Trachea. SEIFERT.

142) **v. Eiselsberg** (Wien). **Weitere Beiträge zur Lehre von den Folgezuständen der Kropfoperationen.** Beiträge z. Chirurgie, Festschr. f. Billroth. 1892.

Von 106 Fällen, an welchen mehr oder weniger ausgedehnte Kropfoperationen vorgenommen waren, erkrankten 8 an Tetanie. Es geht aus diesen Beobachtungen hervor, dass nicht nur die Totalexstirpation die specifischen Erscheinungen nach sich zieht, sondern auch unter Umständen die Entfernung des grössten Theiles des Organes oder Zerstörung desselben auf anderem Wege (Eiterung) das bewirken kann und zwar in demselben Maasse in milderer Form, als eben mehr vom normalen Gewebe erhalten bleibt. SEIFERT.

143) **Chopinet. Zur Aetiologie des Kropfes und des Cretinismus in den centralen Pyrenäen. (De l'étiologie du goitre et du crétinisme dans les Pyrénées centrales.)** *Assoc. française pour l'avancement des sciences. Pau 1892.*

In dem Grunde der Thäler, in der Nachbarschaft der kleinen Wässer, dort beobachtet man fast ausschliesslich diese beiden Symptome ein- und derselben Krankheit. Die Endemie nimmt an Intensität zu vom Anfang der Thäler bis in die letzten Ausläufer der Kette. Ihr Maximum liegt in den Gründen, in den tiefsten Theilen der Thäler. Die Endemie nimmt aber im ganzen Lande ab; aus manchen früher stark betheiligten Plätzen ist sie bereits ganz verschwunden. Von den sehr zahlreichen Ursachen des Kropfes und Cretinismus kommen für die Pyrenaeen besonders in Betracht: die Feuchtigkeit und Mangelhaftigkeit der Häuser, der Mangel an guter Luft und an Licht, ferner die schlechte Ernährung.

J. BARATOUX.

144) **Howitz** (Kopenhagen). **Beiträge zur Behandlung des Myxödems. (Bidrag til Behandling af Myxoedem.)** Forhandlinger ved 14. Skandinavisk Naturforskermöde i Kjöbenhavn, 4.—9. Juli 1892.

H. hat gute Resultate von Fütterung mit Gland. thyreoidea vom Kalbe bei Myxoedem gesehen. SCHMIEGELOW.

145) **De Boeck. Fall von Myxödem mit psychischen Störungen behandelt mit Injectionen von Schilddrüsensaft. (Un cas de myxoedème avec troubles psychiques traité par les injections de suc thyroïdien.)** *Journal méd. Brux. 9. Juillet 1892. La Presse Méd. Belge. 36. 1892.*

Günstige Resultate, welche nach Aussetzen der Behandlung nicht anhielten.

BAYER.

g. Oesophagus.

146) **Genersich** (Klausenburg). **Einige Fälle von Oesophagitis toxica.** *Orvos Termessettudom. Ertesitö. 1892. 1. Heft. Pester medicin. chirurgische Presse. 1892. No. 33.*

5 Fälle werden mitgetheilt von Verätzung mit Lauge und Schwefelsäure, und daran einige Bemerkungen über die Therapie geknüpft.

Nichts Neues.

CHIARI.

147) **Morelli** (Pest). **Die Entfernung eines verschluckten und in der Speiseröhre eingekeilten Kunstzahnes.** *Odontoscop. 1892. III. Heft. Pester medic. chirurg. Presse. 1892. No. 31.*

$^1/_2$ Stunde nach dem Unfalle extrahirte ihn M. mit dem Gräfe'schen Münzenfänger, brachte ihn aber nur bis in die Höhe des Kehldeckels, wo sich der Zahn mit seinen beiden Goldklammern in der aryepiglottischen Falte und der Plica glosso-epiglottica einkeilte, so dass ihn M. erst mit dem Finger nach langer Mühe frei machen konnte. Heilung.

CHIARI.

148) **Holt. Einklemmung einer Sicherheitsnadel im Oesophagus. (A safety-pin impacted in the oesophagus.)** *N. Y. Med. Record. 8. October 1892.*

H. legt die Präparate des Falles vor. Dieselben stammen von einem Kinde von $9^1/_2$ Monat, das in Behandlung war wegen einer sehr protrahirten Pneumonie, der es schliesslich erlag. Bei der Section fand sich eine kleine Sicherheitsnadel im Oesophagus eingeklemmt etwa $^1/_2$ Zoll über der Cardia; der Schaft der Nadel lag der Länge nach im Oesophagus; er hatte eine Ulceration der Speiseröhrenwand und eine mässige Zellgewebsentzündung verursacht. Die Nadel war nicht angefressen, sie lag offen, mit dem Scharnier-Ende nach abwärts, in der Stellung, in der sie verschluckt war. Da die Ulceration sehr oberflächlich war, ist es wahrscheinlich, dass sie nicht älter als 10 Tage war. Symptome, die sich auf diesen Fremdkörper hätten beziehen lassen, waren nicht vorhanden gewesen, ausser dass etwa 10 Tage vor dem Tode, 1 oder 2 Tage lang ohne ersichtliche Ursache eine sehr starke Dyspnoe bestanden hatte. Diese verschwand seiner Zeit von selbst, kehrte aber ca. 8 Stunden vor dem Tode wieder und hielt dann bis zuletzt an. Bei der Autopsie zeigte sich eine sehr deutliche catarrhalische Laryngitis, welche die Ursache der Dyspnoe gewesen sein könnte. Das Kind konnte gut seine Flasche trinken bis 8 Stunden vor dem Tode.

LEFFERTS.

149) **Brenner** (Linz). **Ein Fall von Oesophagus-Trachealfistel und Stenose des Oesophagus.** Beiträge z. Chirurgie, Festschr. f. Billroth. 1892.

Ein 24 jähriges weibliches Individuum kam mit den Erscheinungen einer hochgradigen Oesophagusstenose, deren Entstehung man sich nicht recht erklären konnte, zur Beobachtung. Oesophagotomie. Die Sonde konnte nachher gut in den Magen eingeführt werden, allein es litt die Pat. jedesmal bei der Sondirung an den heftigsten Hustenanfällen und ausserdem traten solche auch im Anschluss an den Schlingakt auf. Bei einer 2. Operation konnte eine Communication der Trachea mit dem Oesophagus nachgewiesen werden. Br. kann keine andere Erklärung für die Striktur wie für diese Fistel finden, als die des angeborenen Defektes. SEIFERT.

150) **Bostroem. Krebs der Speiseröhre.** *Deutsche medicinische Wochenschrift. 1892. No. 40.*

Demonstration anatomischer Präparate. Keine Details. LANDGRAF.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **E. Zuckerkandl. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhänge.** II. Band. Mit 24 lithographischen Tafeln. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller. 1892.

Sowie der erste Band ist auch dieser zweite von ausserordentlichem Werthe für die Rhinologie, indem er vielfach den ersten ergänzt, über viele strittige Punkte anatomische, histologische und pathologisch-anatomische Daten giebt und auch mit zahlreichen sehr gelungenen Lithographien ausgestattet ist.

Zunächst wird die Nasenscheidewand einer genauen Besprechung unterzogen. Die Verbiegungen derselben kommen am Choanen-Theile nicht vor, so dass Z. nennenswerthe Asymmetrien der Choanen niemals gesehen hat. Die Verbiegungen betreffen sowohl den knorpeligen als auch den knöchernen Theil der Scheidewand und zwar in vielen Fällen den knöchernen zuerst.

Sehr häufig ist die Deviation mit leistenartigen Verdickungen combinirt, welche Z. mit Welcker Crista lateralis nennt; diese Crista gehört immer dem Vomer an und zieht von vorne unten nach hinten oben längs dem oberen Vomerrande mehr weniger entwickelt und zeigt häufig einen hakenförmigen Fortsatz. Die Crista lateralis entwickelt sich auf Grundlage des Knorpels, der zwischen beiden Vomerplatten liegt, und sich bei fortschreitender Verknöcherung des Vomers oft verbreitert; an einzelnen Stellen kann nun die Cartilago vomeris sich zu hakenförmigen Fortsätzen verdicken, welche oft von dem Vomer und der

Lamina perpendicularis umwachsen werden. Schliesslich kann dann der eingeschlossene Knorpelauswuchs auch noch verknöchern. Gewöhnlich erfolgt die Hakenbildung nur einseitig.

Ausserdem giebt es stachelige Exostosen der Lamina perpendicularis (selten) und endlich an der Verbindungsstelle der Lamin. perp. und dem Sept. cartilag. kleinere Knochenleisten.

Ausser diesen auf Wachsthumsanomalien beruhenden Asymmetrien des Septums kommen solche bedingt durch Traumen vor. Der knorpelige Antheil des Septums bricht häufiger, da er in längerer Strecke dem Nasenrücken anliegt als der knöcherne; und ausserdem ist der obere Theil des Nasenrückens viel stärker als der untere. Die Folgen der Traumen des knorpeligen Septums sind entweder Verbiegung, Luxation (ausschliesslich den Vomerrand der Cart. quadrangularis betreffend) oder Brüche. Die Einzelheiten dieser Verhältnisse sind an vielen Beispielen und Abbildungen erläutert. Als Ursachen nimmt Z. Traumen, Compensation (bedingt durch Aufblähung der mittleren Muschel), Rhachitis (unsicher) und endlich anomale Wachsthumsverhältnisse an. Die auf letzterem Grunde beruhende Deviation nennt Z. die physiologische und denkt sich ihr Zustandekommen derart, dass das Septum narium stärker wächst als der Oberkiefer. Damit wäre es auch erklärl, dass Menschenrassen mit stark entwickelten Kiefern und Zähnen (Prognathie) viel seltener Septumdeviationen haben, als solche mit weniger entwickelten Kiefern (Europäer). Vielleicht spielt auch die Vererbung dabei mit. Diese Hypothese wird übrigens nur mit aller Reserve aufgestellt.

Bei der Besprechung der Rhinitis erwähnt Z. der Xanthose, die besonders gerne an der Pars anterior septi unmittelbar hinter dem häutigen Septum im cartilag. Theile desselben auftritt. Diese Form ist bedingt durch intensive Blutungen in das Stroma der Schleimhaut hinein; die Extravasate verändern sich langsam, und schliesslich entsteht eine gelbliche, schmutzig gelbbraune oder rostbraune Verfärbung der Schleimhaut. Seltener werden auch andere Theile der Nasenschleimhaut theils diffus, theils in Flecken ergriffen. Als Ursache nimmt Z. eine besondere Vulnerabilität des Gefässsystemes an; als Folge beobachtete er öfters Atrophie der Schleimhaut. Combinirt war die Xanthose mehrmals mit Atrophie der Muscheln. Habituelles Nasenbluten führt Z. auf Verletzungen (etwa mit dem Finger) des vordern Antheiles des Septums zurück und nicht auf besondere Eigenthümlichkeiten dieses Theiles; diese Blutungen können dann in die Schleimhaut erfolgen, dort Xanthose erregen, dann folgt Atrophie der Schleimhaut, schlechte Ernährung des Perichondriums mit Atrophie des Knorpels, der nun einer etwa in Folge von Infection entstandenen umschriebenen Entzündung und Geschwürsbildung in der Schleimhaut nicht mehr widerstehen kann und derart nekrosirt. So spielt sich die Entstehung des Ulcus perforans septi nach Z. an, der es also mit Voltolini und Hajek wesentlich von Haemorrhagia septi herleitet.

Die Entzündung der Kieferhöhle tritt nach Z. in 2 Formen auf, nämlich als seröse und eitrige. Bei der serösen ist die Schleimhaut enorm gequollen durch Infiltration des Gewebes mit Serum. Die Rundzelleninfiltration ist gering; die letztere überwiegt dagegen bei der eitrigen Form so sehr, dass oft follikel-

artige Bildungen, besonders in der subepithelialen Partie auftreten; übrigens sind auch die tieferen Theile der Schleimhaut stark mit Rundzellen infiltrirt. Das Exsudat ist schleimig eiterig oder rein eiterig. Ausheilung kann bei der serösen Form leicht auftreten; Z. schliesst dies aus Fällen, bei denen er die Schleimhaut normal dick, aber an einzelnen Stellen derselben hydropische Cysten, Pigment, Polypen, Hypertrophien oder membranöse Stränge fand. Bei der eitrigen Form scheint das seltener zu sein. Verwachsung der Schleimhaut mit dem Knochen in intensiver Art ist immer das Zeichen einer abgelaufenen heftigen Entzündung.

Die seröse Form ist sehr häufig, entwickelt sich im Gefolge von Rhinitis und ist nach Z. wahrscheinlich identisch mit der von Weichselbaum beschriebenen phlegmonösen Form. Die eitrige Form ist seltener, entwickelt sich nach Erkrankungen des Kiefers, der Zähne, nach Traumen, aber auch nach Rhinitis.

Von Nasenpolypen hat Zuckerkandl fast nur geschwulstartige Schleimhauthypertrophien beobachtet. Ein zwischen den hinteren Enden der unteren und mittleren Muschel an der äusseren Wand manchmal auch im Embryo nachweisbarer Schleimhauthöcker wird von ihm Tuberculum interturbinale benannt. Bei der Besprechung des Baues der Nasenpolypen stimmt er im Wesentlichen mit Hopmann und mir überein und führt nur die seröse Durchtränkung auf Entzündung zurück. Die Papillome (sec. Hopmann) führt Z. wie ich auf einfache Hypertrophie zurück, deren papilläre Beschaffenheit durch die an der Schleimhaut der unteren Muschel vorkommenden Leisten und Wärzchen bedingt ist; sie sind daher nicht als selbstständige Neubildungen aufzufassen, wie es Hopmann that. Die Ursache der Polypenbildung sucht Z. in den Katarrhen der Nase; Knochennecrose bei Polypenbildung hat Z. niemals beobachtet. Da alle diese Schleimhautwucherungen als: Schleimpolypen, polypöse Hypertrophien und Papillome nur verschiedene Formen von Schleimhauthypertrophie sind, so ist auch die Eintheilung nur nach Form, Art des Aufsitzens, Härte gerechtfertigt. Z. stellt 6 solche Formen auf, 1. diffuse Hypertrophien; 2. polypöse Wucherungen; 3. hügelartige polypöse Wucherung; 4. Polypen; 5. Uebergangsformen; 6. harte Papillome. Die Ozaena simplex hält Z. für einen chronischen Katarrh, der mit Hypertrophie beginnt, da er öfters bei Atrophie einzelne hypertrophische Stellen fand. Die Casuistik der Synechien erfährt eine grosse Bereicherung (21 Fälle), namentlich durch einen Fall von angeborener Verwachsung der Siebbeinmuscheln mit dem Septum und der Bulla ethmoidalis.

Die Syphilis der Nase wird an 10 typischen Fällen beleuchtet; hervorzuheben ist noch, dass Z. überzeugt ist, dass es eine Rhinitis syphilitica giebt, die primär ohne necrotische Processe zur Muschelatrophie führt.

In einem Falle von Rhinolithiasis entwickelten sich durch den Reiz des Steines bedingt zahlreiche Polypen und daneben Atrophie. Sehr selten sind der Fall von Inversion eines Backenzahnes von der Seite her in den unteren Nasengang, und das Odontom, welches aus einem retinirten Eckzahne hervorging.

Zahncysten des Oberkiefers können leicht Hydrops antri Highmori vortäuschen, indem sie sich nach aussen vordrängen und anderseits wieder das Lumen des Antrums hochgradig verengern; mehrere hübsche Beispiele erhärten dies.

Das Empyem der Kieferhöhle macht öfters bei stärkerer Ansammlung von Eiter eine Verwölbung der lateralen Nasenwand nach innen und zwar in der Höhe des mittleren Nasenganges; anschliessend an diese Thatsache behandelt Z. die Differentialdiagnose zwischen Zahncyste und Empyema antri und Thränensackcysten in recht anregender Weise.

Den lateralen Schleimhautwulst Kaufmann's führt Z. auf Katarrh der Nase zurück und hält ihn durchaus nicht für ein untrügliches Zeichen des Empyems des Sinus.

Ebenso wenig kann Z. der Ansicht Kaufmann's beistimmen, dass die genuine Ozaena durch Empyem veranlasst wird; wenigstens konnte er in 91 Fällen von atrophischer Rhinitis kein Empyem nachweisen. Natürlich kann ein Empyem die Ozanea begleiten, oder es kann die Ozaena ein Empyem veranlassen, aber das umgekehrte Verhalten ist durch nichts begründet.

Die meisten Entzündungen seröser Form des Antrums leitet Z. auch jetzt noch von Erkrankungen der Nasenschleimhaut ab; dagegen scheinen ihm die eitrigen Entzündungen des Antrums Highmori häufiger von den Zähnen auszugehen. Auch verwahrt sich Z. dagegen, als hätte er jemals den dentalen Ursprung des Empyems der Highmorshöhle geleugnet; doch ist auch der nasale Ursprung gewiss öfters vorhanden, da ja auch andere Nebenhöhlen der Nase, welche nicht nahe an den Zähnen liegen, als Keilbein- und Stirnbeinhöhlen, von der Nase aus erkranken.

In 4 Fällen fand Z. Polypen der Kieferhöhlen und 1 mal ein Adenom der Keilbeinhöhle. Die Polypen der Kieferhöhle sind theils drüsenlos theils drüsenhaltig und zwar je nachdem ihre Basis Drüsen enthält oder nicht; die Schleimhaut der Kieferhöhle zeigt nämlich abwechselnd drüsenlose und drüsenhaltige Stellen. Die Drüsen sind vielfach ectasirt. Als Ursache der Polypenbildung ist Entzündung der Schleimhaut anzunehmen, von der sich meistens frische oder ältere Zeichen finden.

Vom Empyem des Siebbeinlabyrinthes hat Z. nur einen Fall gesehen. Den Schluss bildet die Beschreibung eines geschwulstartigen Vorsprunges der hinteren Rachenwand, welcher aus dem sehr grossen Tuberculum anticum atlantis, der Crista epistrophei und dem, beide verbindenden Bändchen gebildet wurde und theils knochenhart (oben) theils etwas elastisch (unten) war. Aehnliche, wenn auch nicht so grosse knöcherne Vorsprünge sind übrigens allen Rhinologen als grosses Tuberculum atlantis schon lange bekannt, wodurch natürlich die anatomische Aufklärung Z's. nichts an Werth verliert.

Alle diese durch zahlreiche ausgezeichnete Abbildungen erläuterten Ergebnisse einer mühevollen Forschung sind von solcher Wichtigkeit, dass das Buch so wie der erste Band in der Bibliothek keines Rhinologen fehlen darf. Druck und Ausstattung sind tadellos.

O. Chiari.

b) L. Réthi (Wien). **Diagnostik und Therapie der Kehlkopfkrankheiten.** Ein Grundriss für Studirende und Aerzte. Mit 80 Holzschnitten. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1891.

In 88 Seiten giebt R. einen Abriss des Themas, indem er dabei seinen Ausführungen bei den Cursen folgt. Natürlich ist das Material auch nicht annähernd erschöpft, aber es wird überall das Wichtigste erwähnt, so dass der Anfänger sich gut orientiren kann. Besonderer Werth ist auf die Deutung der Spiegelbilder gelegt und auf die einzuschlagende Therapie. Die recht praktischen differentialdiagnostischen Angaben bei Befunden am Kehldeckel, an der hintern Wand und den Stimmbändern sind nicht alle klar genug und einige nicht allgemein anerkannt, so dass sie zur Irreleitung der Anfänger, für die ja dieses Büchlein bestimmt ist, führen können. Offenbar rührt dieser Fehler von zu grosser Kürze her; z. B. ist die Differentialdiagnose zwischen Papula syphilitica, Herpes, Pemphigus und Soor durch Kürze undeutlich; unrichtig ist es, dass niemals an der hintern Kehlkopfwand gutartige Neubildungen vorkommen. (Mir ist kein sicher verbürgter Fall bekannt. F. S.) Diese kleinen Fehler liessen sich bei diesem letzten Kapitel leicht beheben, besonders durch grössere Ausführlichkeit. Die beigegebenen 30 Holzschnitte sind, verschiedenen Werken entnommen, durchschnittlich gelungen, einige aber in der Ausführung etwas undeutlich gerathen.

O. Chiari.

---

c) **Das Sclerom der Schleimhaut der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre.** Klinisch-laryngologische und anatomische Untersuchungen von Dr. Georg Juffinger, Assistent a. d. k. k. Universit.-Klinik für Laryngologie in Wien. Mit 4 lithographischen Tafeln. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1892.

Die Untersuchungen stützen sich auf 38 klinisch durch lange Zeit beobachtete Fälle und auf viele anatomische Befunde, letztere besonders an 2 Kehlköpfen des Wiener pathologisch-anatomischen Institutes, also auf ein Material, welches in dieser Reichhaltigkeit noch keinem Autor zur Verfügung stand. Die Ergebnisse dieser gründlichen und gewissenhaften Arbeit sind daher sehr wichtig, um so mehr, da immer Rücksicht auf die Literatur genommen wurde.

In Beziehung auf lokale Ausbreitung und Aetiologie wird nichts Neues gebracht; als Erreger der Krankheit nimmt J. den Bacillus (Frisch) Rhinoscleroma an. Die Krankheit beginnt gewöhnlich im Nasenrachenraume, wie Ganghofner und ich schon feststellten.

Das Hauptgewicht der Arbeit liegt in der Beschreibung der Formen. Die jüngsten Stadien treten auf als umschriebene weiche Tumoren und zwar sieht man sie gewöhnlich im vorderen Antheile der Nase. Dieselben bestehen aus zartem, lockerem Gewebe, welches namentlich in den an Rundzellen ärmeren Theilen massenweise die Mikulicz'schen Zellen enthält. In letzteren liegen oft

20 bis 60 Bacterien. Daneben finden sich Granulationszellen, die neben dem Kerne ein oder mehrere helle durchsichtige Bläschen enthalten, in welch' letztere gewöhnlich einige Bacterien liegen. Offenbar, sagt J., bilden diese Zellen den Uebergang zu den Mikulicz'schen Zellen.

Als spätere Stadien treten auf scharf begrenzte, etwas härtere und flachere Knoten, die sehr langsam wachsen, härter werden, in der Mitte sich einziehen und die Schleimhaut der Umgebung in Falten an sich heranziehen. Diese Falten werden später dicker, atrophiren aber dann und bieten zuletzt den Anblick von Narben, die von dem inzwischen auch vernarbten Knoten ausgehen. Diese Knoten- und Narbenbildungen finden sich an allen Schleimhauttheilen und bewirken die Rückwärtsziehung des Velums, die Stenose der Choanen, die Verkürzung und Unbeweglichkeit der Gaumenbögen.

Seltener treten diffuse Infiltrate auf, besonders gerne am Nasenboden, an den Muscheln und im Kehlkopfe.

Die Excoriationen führt J. auf Verletzungen zurück; tiefe Ulcerationen hat nur einmal Tanturri beobachtet.

In den härteren Knoten und Infiltraten überwiegt das Granulationsgewebe, dann Spindelzellen und die bekannten hyalinen Tropfen, Schollen und Massen. An dem Rande eines im Fortschreiten begriffenen Infiltrates des Gaumens fand J. in den vergrösserten Papillen unter dem mächtigen Rete sowohl in den zahlreichen geblähten Zellen, als auch in den kleineren Zellen sehr viele Bacillen, ja dieselben waren auch frei im gelockerten Gewebe zu finden, und kamen endlich reichlich in kleinen Hohlräumen zwischen den Epithelzellen vor. Die Gefässe sind erweitert, ihre Wand ist kernreicher.

Endlich bei den alten Knoten überwiegt das dichte Bindegewebe. Perforationen des Scheidewandknorpels leitet auch J. von chirurgischen Eingriffen oder anderen Krankheitsprocessen her, da ein tieferer Zerfall des Scleromgewebes nicht stattfindet.

Bei der Besprechung des Befundes in Nase, Mund, Rachen, Kehlkopf und Luftröhre muss auf das Original verwiesen werden; hervorheben will ich nur, dass J. die Rückwärtsziehung der Zunge durch schrumpfende Knoten und Infiltrate der Gaumenbögen erklärt, dass er einmal einen einseitigen subchordalen Wulst beobachtete und dass er die membranösen Narben im Larynx meist auf den Scleromprocess zurückführt, wobei er sich auf Beobachtungen stützt, in denen er neben diesen Narben noch frische Infiltrate fand.

Am seltensten kommt es im Kehlkopfe zu einer diffusen Infiltration des obern Antheiles, die dann durch Schrumpfung ein Heranziehen der Aryknorpel an die Epiglottis veranlasst. Der Kehldeckel selbst war nur in 3 Fällen ergriffen. Endlich erwähnt J. das Auftreten von verdicktem, verhorntem Epithel über älteren Infiltraten.

Unter den Symptomen betont J. besonders einen starken specifischen Geruch aus Nase und Mund. Der Verlauf ist wie bekannt sehr langsam.

In diagnostischer Beziehung wird das Sclerom gegen Syphilis, Katarrh, Perichondritis und Ozaena abgegrenzt. Auch die chronische Blennorhoe wird erwähnt, obwohl sie nur eine Form des Katarrhs ist.

Endlich bringt J. 6 Punkte als ausschlaggebend für die Diagnose: 1) Den schleppenden Verlauf, 2) die Schmerz- und Reactionslosigkeit, 3) das gleichzeitige Vorhandensein verschiedener Stadien, 4) die membranösen und strahligen Narben, 5) die Verschiebbarkeit derselben, 6) das symmetrische Auftreten und das Freibleiben der Lymphdrüsen.

Ueber Prognose und Therapie ist nichts Neues gesagt.

Den Schluss bilden die Krankheitsgeschichten von 39 Fällen nebst 2 Obductionsbefunden, deren Studium nicht genug empfohlen werden kann.

Die zahlreichen histologischen Befunde sowie die 22 lithographirten Abbildungen gestatten jedem Leser sich über diesen so interessanten Process eingehend zu unterrichten. Druck und Ausstattung verdienen alles Lob. O. Chiari.

---

d) H. Luc (Paris). **Die Nervenleiden des Kehlkopfs. (Les névropathies laryngées.)** Mit 17 Figuren im Text. Paris. Rueff & Co, 1892

Es ist meine erfreuliche Pflicht, die Aufmerksamkeit der Leser des Centralblattes auf ein ausgezeichnetes Werk zu lenken. Dr. Luc hat es verstanden, das complicirte und noch vielfach dunkle Gebiet der Kehlkopfneurosen in seiner Monographie, welche einen Theil der Charcot-Debove'schen „Bibliothèque médicale“ bildet, in einer Weise zu behandeln, welche des höchsten Lobes würdig ist. Mit umfassenden allgemein neuropathologischen ebenso wie mit speciell laryngologischen Kenntnissen ausgerüstet, entwickelt er in kurzen, prägnanten Zügen, unbeirrt durch den noch so vielfach gerade auf diesem Gebiete tosenden Parteikampf, unparteiisch und kühl, ein objectives Bild von dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens von den Kehlkopfneurosen, wie man es sich vollständiger, harmonischer, übersichtlicher kaum denken kann. Er hat es verstanden, die Schwierigkeiten der Gruppirung des verwickelten Materials, welche meinem Gefühl nach in manchen, selbst der besten, modernen Lehrbücher eine nicht immer vermiedene Klippe bilden, in einer wirklich bewundernswürdigen Weise zu überwinden, so dass statt eines unvermittelten Nebeneinanders der zahlreichen, verschiedenen Formen der Kehlkopfneurosen ein auf breiter Grundlage ruhendes solides Gebäude sich vor unseren Augen erhebt, in welches, mit verschwindenden Ausnahmen, sich alle diese Formen organisch eingliedern. Und, was in meinen Augen das Hauptcharakteristikum dieses trefflichen Werkes bildet: die Schilderung, selbst der schwierigsten und dunkelsten Probleme, obwohl immer in die Tiefe gehend, niemals oberflächlich, ist von einer so durchsichtigen Klarheit, dass sie sich das Verständniss jedes Lesers sichert. Das ist eine seltene und beneidenswerthe Gabe!

Sei es mir nun gestattet auf einige Punkte etwas näher einzugehen, wobei ich aber gleich vorweg bemerken möchte, dass dieselben fast ausnahmslos Details betreffen, in denen Meinungsverschiedenheiten ebenso denkbar wie berechtigt sind.

Nach einer kurzen, aber durchaus historisch treuen Schilderung der Ent-

wicklung unseres gegenwärtigen Wissens von den Kehlkopfneurosen, in der ich nur die Angabe vermisse, dass die Erweiterer, wie sie früher organischen Schädlichkeiten erliegen, als die Verengerer, so sich auch später und schwerer erholen (Elsberg, ich u. A.), bespricht der Autor die Innervation des Kehlkopfs. Auch er, ebenso wie Jelenffy, Raugé und Burger (vgl. Centralblatt VIII., S. 354), betont die „functionelle Synergie" der Kehlkopfmuskeln. Ich bekenne, dass ich mich noch immer in dieser Frage skeptisch verhalte. Ganz abgesehen davon, dass meine experimentellen Studien mir gezeigt haben, dass der Kehlkopf mit seiner complicirten, theilweise hervorragend corticalen, theilweise ebenso speciell bulbären Innervation in dieser Beziehung wirklich nicht in einfache Parallele mit z. B. den Extremitäten zu setzen ist, heisst es vom praktischen Standpunkt hier doch sicherlich, wie im englischen Sprüchwort: „The proof of the pudding is in the eating". Nun giebt Luc selbst (p. 159) zu, dass sich bei der doppelseitigen Posticuslähmung die Stimmbänder bei der Phonation aneinanderlegen „pour la production des sons de diverse tonalité" und dass „rien ne paraît altéré dans le mécanisme de l'organe". Ich selbst habe den Fall eines bekannten irischen Tenors beschrieben (Proceedings of the Royal Institution 1891, Vol. XIII, p. 330), der trotz jahrelang dauernder linksseitiger Posticuslähmung seinen vollen Stimmumfang bewahrt hat! — Wie wäre das möglich, wenn die aus vermutheten, aber, wie ich glaube (s. o.) nicht ganz berechtigten Analogien erschlossene „functionelle Synergie" der Kehlkopfmuskeln wirklich für ihre normale Thätigkeit unumgänglich wäre? — — Die Frage scheint mir noch durchaus offen.

Völlig einverstanden bin ich mit Luc, wenn er von den Exner'schen Experimenten über die Kehlkopfinnervation sagt (p. 33), „elles sont venues compliquer singulièrement, sinon avancer la question".

Wenn der Autor weiterhin (p. 39) davon spricht, dass der Recurrens „sans distinction apparente" zwei antagonistische Fasergruppen enthalte, so waren ihm wohl die Onodi'schen und Russell'schen Versuche derzeit noch unbekannt.

Einer über Gebühr langen Auseinandersetzung würde es bedürfen, wenn ich auf die theoretischen Einwendungen eingehen wollte, die Luc sowohl in diesem Kapitel (p. 51 et seq.), wie auch späterhin in dem Kapitel über „Kehlkopfparalysen cerebralen Ursprungs" gegen Horsley's und meine Anschauungen über die Unmöglichkeit einer Stimmbandlähmung in Folge von Ausserstandsetzung des Phonationscentrums der gegenüberliegenden Hemisphäre erhebt, wenn ich auch nicht versäumen will zu bemerken, dass er unsere Ansichten mit rühmenswerthester Unparteilichkeit wiedergiebt. Ich bin so fest von der Richtigkeit unserer Anschauung überzeugt, und so sicher, dass die in dieser Frage angeblich bestehenden Differenzen zwischen Thierexperiment und klinischer Beobachtung, mit denen unsere Gegner über diese Frage fortzukommen meinen, in Wirklichkeit nicht existiren[1]), dass ich ganz getrost es den klinischen und

1) Mehr über diese Frage ist in meinem Beitrag zur Virchow-Festschrift, Band III, pp. 488 et seq. zu finden.

pathologisch-anatomischen Beobachtungen der Zukunft überlassen will, unsere Sätze zu widerlegen, wenn sie es können. Die theoretischen Erklärungen des verdienstvollen Collegen Raugé über die Gründe der „anscheinenden Selten heit" solcher cerebralen Kehlkopflähmungen, auf welche sich Luc wiederholt beruft, haben mich ganz und gar nicht zu überzeugen vermocht.

Ganz wunderbar geschrieben ist das Kapitel über „Kehlkopfschwindel" (pp. 71—81), dass ich der Aufmerksamkeit der Leser speciell empfehlen möchte. Ich stimme Luc durchaus darin bei, dass nicht Alles Kehlkopfschwindel ist, was unter diesem Namen publicirt wird.

In dem Abschnitt über Kehlkopfkrampf bemerkt der Autor in einer Anmerkung, dass er nicht über den Krampf der Glottisöffner glaube schreiben zu brauchen, da nur die eine dunkle Beobachtung von Fräntzel vorliege. Er gestatte mir, seine Aufmerksamkeit auf den, meiner Ansicht nach, äusserst wichtigen Pitt'schen Fall von Krampf dieser Muskeln bei der Hydrophobie zu richten, dessen principielle Bedeutung mir noch immer nicht genügend anerkannt zu sein scheint. Die Erklärung, die ich schon im Jahre 1884 bei seinem Referat im Centralblatt (I, p. 252) zu geben versuchte, hat seither durch Horsley's und meine Experimente eine bedeutsame Bestätigung erhalten.

Bei der Besprechung des „aus Recurrensläsionen resultirenden Glottiskrampfs" (pp. 94, 95) spricht Luc von den Dyspnoëanfällen, die im Laufe solcher Läsionen vorkommen sollen. Ich muss bekennen, dass mir diese Anschauung, so althergebracht nnd verbreitet sie ist, nie recht in den Sinn will. Wir alle wissen, dass bei der einseitigen Posticuslähmung, bei der das afficirte Stimmband doch dauernd in der Medianstellung steht, keine Dyspnoë vorhanden ist. Warum soll denn nun eine plötzliche Reizung eines Recurrens, die doch immer nur das eine Stimmband in die Medianlinie bringen kann, einen solchen Dyspnoëanfall auslösen? — Ich würde bei derartigen Anfällen weit eher an Reizung des Vagus, resp. Laryngeus superior (falls diese der Natur des Falles nach afficirt sein könnten), oder auch an Zunahme der directen Compression der Trachea oder der Bronchien (die Anfälle kommen ja bei weitem am häufigsten bei Aortenaneurysmen vor) denken, als an einen durch blosse „Recurrensreizung" verursachten „Glottiskrampf", bei welchem Ausdruck man doch immer unwillkürlich an doppelseitige Adduction der Stimmbänder denkt.

Dass es selten sei (p. 101), Tabiker, welche zu früheren Perioden ihres Leidens an intensiven Kehlkopfkrämpfen gelitten haben, in späteren Stadien ohne Kehlkopflähmungen zu finden, kann ich nach meinen, in dieser Frage recht umfangreichen Erfahrungen nicht concediren. Ich habe selbst viele solche Fälle gesehen.

Ausgezeichnet ist das Kapitel über die allgemeine Semeilogie der respiratorischen Glottiskrämpfe (p. 105 et seq.), und ebenso vorzüglich die allgemeinen Bemerkungen über die Hypokinesen des Kehlkopfs (p. 121 et seq).

In dem Kapitel über Stimmbandlähmungen in Folge von Vagusaffectionen vermisse ich die Angabe der Möglichkeit, dass einseitige Vagusläsion doppelseitige Stimmbandlähmung zur Folge haben kann. Der Verfasser gedenkt zwar der Möglichkeit der Lähmung an der afficirten, des Krampfes an der gegen-

überliegenden Seite in Folge einseitiger Vagusläsion in seiner historischen Schilderung (p. 3), aber sowohl dieser Möglichkeit, wie derjenigen der doppelseitigen Lähmung im Johnson'schen Sinne musste wohl jedenfalls in den zur Rede stehenden Abschnitten (p. 144 und p. 162) noch einmal gedacht werden.

Originell und beachtenswerth ist das Kapitel über die Stimmbandlähmungen in Folge diffuser Neuritiden (p. 147); rühmend muss hervorgehoben werden, mit welcher Vorsicht und Mässigung sich der Verfasser über dieses noch kaum erschlossene Gebiet verbreitet.

Endlich sei noch einiger Druckfehler gedacht: auf p. XII muss es „Semon" statt „Simon", p. 197 „Horsley" statt „Horseley", p. 163 „an interesting" statt „uninteresting" heissen. Vor allen Dingen aber muss auf p. 49, Zeile 1 statt „adduction" „abduction", und, umgekehrt, auf p. 188 statt „abduction" „adduction" gesetzt werden, da diese beiden Druckfehler direct dem Verständniss schaden. — Wie Recht hatte seiner Zeit Moritz Schmidt mit seinem Protest gegen die Ausdrücke „Abductoren" und „Adductoren! (Vergl. Centralblatt III, p. 272.)

Ziehe ich aus dem Vorstehenden die Summe, so ergiebt sich, wie ich das im Eingange erklärt habe, dass meine wenigen Ausstellungen sich fast sämmtlich auf Detailfragen beziehen, während die Anerkennung, die ich erfreulicher Weise zu zollen habe, dem ganzen Werke gilt, auf welches sein Verfasser und mit ihm unsere ganze Specialität stolz sein kann. Felix Semon.

III. Briefkasten.

Personalia.

Die Herren H. Luc (Paris) und H. Mendel (Paris) sind dem Centralblatt als ständige Mitarbeiter beigetreten.

Dr. Giuseppe Nuvoli (Via S. Nicola da Tolentino No. 24 Rom) ist zum Secretär des Organisationscomités der laryngologischen Section des bevorstehenden Internationalen Medicinischen Congresses erwählt worden.

Pan-Amerikanischer Medicinischer Congress.

Der Präsident der Laryngologischen Section ist Dr. Fletcher Ingals (Chicago), die Secretäre Dr. J. Maron y Alonso, Las Vegas N. M., und Dr. T. Morris Murray, Washighton DC. Unter den Ehrenpräsidenten finden sich die Namen der meisten bekannten amerikanischen Specialcollegen.

Die Versammlung findet in Washington vom 5.—8. September 1898 statt.

Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Am 22. März fand die erste ordentliche Sitzung dieser neugegründeten Gesellschaft statt, welche jetzt bereits nahezu 60 Mitglieder zählt. Die von dem erwählten Subcomité vorgeschlagenen Statuten wurden mit einigen unbedeutenden Modificationen angenommen, und folgender Vorstand erwählt:

Präsident: Sir George Johnson F. R S
Vicepräsidenten: Dr. Felix Semon.
Dr. P. M'Bride.
Schatzmeister: Dr. H. T. Butlin.
Bibliothekar: Dr. F. de Havilland Hall
Secretaire: Dr. E. Clifford Beale.
Dr. Scanes Spicer
Verwaltungsrath: Mr. Cresswell Baber.
Dr. Dundas Grant
Dr. Greville Mac Donald.
Dr. David Newman.
Dr. W. Mac Neill Whistler.

Die zweite ordentliche Versammlung fand unter dem Vorsitz Dr. P. M'Bride's (in Vertretung des durch Unwohlsein verhinderten Präsidenten) am 12 April statt. Eine grosse Reihe interessanter Fälle wurde demonstrirt und besprochen. Einen Bericht über dieselben hoffen wir in Bälde zu bringen. Nach der Sitzung vereinigten sich die Mitglieder und ihre Freunde unter dem Vorsitz von Dr. Felix Semon zu einem Abendessen, bei dem sie Freude hatten, ihr Ehrenmitglied, Senhor Manuel Garcia in jugendlicher Rüstigkeit in ihrer Mitte zu sehen. — Der folgende Aufruf des Bibliothekars sei den Lesern des Centralblatts wärmstens empfohlen:

Bibliothek der Londoner Laryngologischen Gesellschaft.

Die Londoner Laryngologische Gesellschaft steht im Begriffe sich eine Bibliothek zu gründen. Mit dem Amte des Bibliothekars betraut, richte ich an alle literarisch thätigen Fachgenossen die Bitte, der Gesellschaft je ein Exemplar ihrer bisher erschienenen, auf unser Specialfach bezüglichen Veröffentlichungen, seien es Separatabzüge oder grössere Werke, zuwenden zu wollen, und ihrer auch bei der Publication zukünftiger Arbeiten nicht zu vergessen.

Geneigte Zusendungen erbitte ich an untenstehende Adresse:

47 Wimpole Street. Dr. F. de Havilland Hall.
W. London.

Laryngologische Section des Internationalen Medicinischen Congresses.

Die Einführenden der in der Aprilnummer genannten Themata für die allgemeinen Discussionen sind: 1. Prof. B. Fränkel und Prof. Chiari für „Die Pachydermie des Kehlkopfs". 2. Dr. G. M. Lefferts und Dr. Schmiegelow für „Die Intubation des Kehlkopfs beim Erwachsenen". 3. Dr. Heryng, Dr. Gouguenheim und Mr. Lennox Browne für „Die Indicationsgrenzen bei der Localbehandlung der Kehlkopftuberculose". 4. Dr. Hartmann und Dr. Moure für „Die Behandlung der Septumdeviationen" etc. 5. Dr. Onodi für „Die motorische Kehlkopfinnervation".

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang IX. Berlin, Juni. 1893. No. 12.

Johann Schnitzler †.

Wiederum ist einer der bekanntesten der zeitgenössischen Laryngologen, einer der Pioniere unserer Wissenschaft im rüstigsten Mannesalter zur ewigen Ruhe eingegangen. Am 2. Mai 1893 erlag nach kurzem Krankenlager Professor Johann Schnitzler in Wien, im Alter von 59 Jahren, einem Erysipel des Halses und nachfolgender Pyämie. Die Nachricht wird überall, wo Laryngologie getrieben wird, mit einem Gefühl tiefen Bedauerns aufgenommen werden: gehörte der Dahingeschiedene doch zu den vielgenanntesten unserer Fachgenossen, hatte er doch seit einem Vierteljahrhundert eifrig und erfolgreich mitgewirkt zum Ausbau unserer Wissenschaft, hatte doch ein grosser Bruchtheil der jetzt thätigen Generation sich seines Unterrichts erfreut, war er doch vielen anderen Specialisten durch seine rührige Theilnahme und seine schwunghafte Beredsamkeit bei den internationalen Congressen persönlich bekannt geworden. Seine Erscheinung, seine Frische, seine kräftige Gesundheit schienen ein langes Leben und Wirken mit Sicherheit zu versprechen; jetzt hat es die Ironie des Schicksals gewollt, dass er, der so vielen Halsleidenden Genesung gebracht hat, selbst im Vollbesitze

seiner Kraft, mitten in der Vollendung seines literarischen Hauptwerkes stehend, von einem Halsleiden weggerafft worden ist! — —

Johann Schnitzler war am 10. April 1835 in Gross-Kanizsa geboren. Als Kind armer Eltern musste er schon während seiner Studienzeit durch Unterrichtgeben nicht nur für den eigenen Unterhalt, sondern auch für den seiner beiden jüngeren Geschwister, und später auch für den seiner Eltern sorgen.[1]) Nach Absolvirung des Gymnasiums studirte er zuerst in Pest, dann in Wien Medicin und wurde im December 1860 zum Doctor Medicinae promovirt.

Schon als Student lieferte er Beiträge für Wiener und Berliner Fachzeitschriften. Sein journalistisches Talent lenkte Oppolzer's Aufmerksamkeit auf ihn, und im Jahre 1863 erwählte ihn dieser berühmte Kliniker zu seinem klinischen Assistenten, in welcher Stellung Schnitzler bis zum Jahre 1867 verblieb. Noch während seiner Assistentenzeit habilitirte er sich als Docent für Krankheiten der Athmungs- und Kreislaufsorgane und verschaffte sich durch seine Arbeiten und seine Vorträge über diesen Zweig der Medicin einen Ruf als Arzt, Lehrer und Forscher, der ihn in verhältnissmässig kurzer Zeit unter die bekanntesten auf diesem Gebiete arbeitenden Autoritäten einreihte.

Wie unermüdlich literarisch thätig er bis zum Augenblick seines Ablebens gewesen ist, dafür giebt das am Schlusse dieses Nekrologs folgende Schriftenverzeichniss, welches wegen Raummangels die ungemein zahlreichen kritischen Besprechungen aus seiner Feder nicht einschliesst, das beredteste Zeugniss.

Im Jahre 1878 erhielt Schnitzler auf Rokitansky's Antrag den Titel eines ausserordentlichen Universitätsprofessors; zwei Jahre später wurde er zum Professor für Krankheiten der Respirations- und Circulationsorgane an der Wiener Universität ernannt; 1882 wurde ihm der Titel eines K. K. Regierungsrathes verliehen; ausserdem war er Ritter mehrerer hoher ausländischer Orden.

Einer besonderen Erwähnung bedarf des Verstorbenen journalistische Thätigkeit, in welcher er gewissermassen gross geworden war, und

---

1) Diese, und viele der folgenden Details sind dem „Aerztlichen Almanach“ 1883 entnommen, welcher uns mit dem Schriftenverzeichniss des Verewigten auf unsern Wunsch von seinem Sohne, Dr. Arthur Schnitzler freundlichst zur Verfügung gestellt worden ist.

welcher er bis zum Ende seines Lebens treu blieb. Schon 1860 wurde er Mitredacteur des „Medicinal-Halle“, deren Titel er einige Jahre später, als er die alleinige Redaction übernahm, in „Wiener Medicinische Presse“ umänderte. Später begründete er die „Internationale Klinische Rundschau“ und war als Chefredacteur dieses Blattes, sowie der „Klinischen Zeit- und Streitfragen“ bis zu seinem Ableben thätig.

Im Jahre 1872 gründete Schnitzler im Verein mit einigen anderen Privatdocenten, denen es an Unterrichtsmaterial mangelte, die „Wiener Allgemeine Poliklinik“. Dieses im Anfange viel angefeindete Unternehmen, welches ihn zeitweise in den Kreisen seiner Wiener Collegen sehr unpopulär machte, hat dem Verstorbenen nicht nur seine Begründung, sondern seine Erhaltung zu danken, denn als gegenüber der heftigen Bekämpfung des Instituts, welche dasselbe zu Ende der Siebziger Jahre erfuhr, die meisten der an demselben thätigen Aerzte schon den Muth verloren, da war es Schnitzler, der mit nur wenigen energischen Gesinnungsgenossen die neue Schöpfung in Schrift und Wort unermüdlich vertheidigte, und mit so glänzendem Erfolge, dass die Opposition schliesslich verstummte und dass dis Poliklinik sich nicht nur behauptete, sondern sich allmälig eine solche Stellung errang, dass sie gegenwärtig mit Recht als eine werthvolle Ergänzung des „Allgemeinen Krankenhauses“ angesehen wird. So lange die Wiener Allgemeine Poliklinik besteht, wird Schnitzler's Name mit ihr verknüpft bleiben! —

Was die Leistungen des Heimgegangen speciell auf laryngologischem Gebiet anbetrifft, so sind die Leser des Centralblatts wohl mit den meisten derselben vertraut. Von der Kindheit unserer Specialität bis zum Augenblicke seines Ablebens hat Schnitzler wacker zu ihrem Ausbau beigetragen. Ihm verdanken wir die ersten laryngoscopischen Beobachtungen über Stimmbandlähmung bei Tabes (1866); die Aphonia spastica ist von ihm zuerst (1875) beschrieben worden. Hervorragenden Werth besitzen seine Arbeiten über Diphthonie (1875), über tuberkulöse Tumoren im Kehlkopf (1884), über Kehlkopf- und Lungensyphilis (1886), über Combination von Syphilis und Tuberkulose des Kehlkopfs (1887), auf welche interessante und wichtige Frage er sowohl im Jahre 1890 wie auch in der soeben erschienenen 3.—5. Lieferung seines „Klinischen Atlas“ wiederum des Näheren

eingeht, über das Koch'sche Heilverfahren gegen Tuberkulose (1891). Die Vollendung seines Hauptwerks, des eben genannten „Klinischen Atlas der Laryngologie und Rhinologie“ zu erleben, war ihm leider nicht vergönnt; doch dürfen wir uns wohl der Hoffnung hingeben, dass seine tüchtigen Mitarbeiter, Dr. Hajek und Dr. Arthur Schnitzler, einer der Söhne des Verblichenen, der selbst schon werthvolle Beiträge zur Literatur unseres Faches geliefert hat, dieses wichtige Werk unter Benutzung des von dem Verblichenen gewiss hinterlassenen Materials zum würdigen Ende führen und ihm damit das bleibendste Denkmal setzen werden. Und hier dürfen wir nicht unterlassen zu erwähnen, dass aus der Schnitzler'schen Schule, besonders im Laufe des letzten Jahrzehnts eine ganze Reihe geschätzter Laryngologen — wir nennen nur die Namen des leider ebenfalls zu früh verstorbenen v. Beregszasczy, wie der Herren Réthi, Hajek, Arthur Schnitzler — hervorgegangen sind.

Der Verstorbene selbst war ein Autor, dessen Erzeugnisse man stets mit Vergnügen las, auch wenn man mit ihm nicht ganz übereinstimmte. Mit einem grossen Darstellungstalent und scharfer Beobachtungsgabe verband er einen ungemein flüssigen, gefälligen Stil, dessen leichter Plauderton allen seinen Schriften eine grosse Anziehung verleiht. Freilich bringt diese Gabe des „Leichtschreibens“, die durch die reiche journalistische und kritische Thätigkeit des Verewigten wohl noch weiter ausgebildet wurde, manche inneren Gefahren mit sich, und diesen ist auch Schnitzler nicht immer ganz entgangen. Mehr als einmal ist es ihm passirt, dass er von ihm citirten Autoren Ansichten zugeschrieben hat, die mit ihren wirklichen Angaben in diametralem Gesetz standen, gelegentlich hat er verfrüht publicirt, bisweilen wird der ernste Leser ein tieferes Eingehen auf den behandelten Gegenstand vermissen. Aber: wer ist ganz frei von Schuld und Fehle? Und wenn auch der literarischen Schwächen gedacht werden muss, so dürfen wir doch getrost sagen, dass diese Schwächen mehr als doppelt und dreifach durch die guten Seiten des Autors aufgewogen wurden.

Persönlich war Schnitzler eine sehr gewinnende Persönlichkeit. Mit weltmännischer Gewandtheit und Liebenswürdigkeit seines Wesens verband er grosse Menschenkenntniss, eine Combination von Eigenschaften, die ihn sowohl zu einem sehr gesuchten Arzt, speciell in

den aristokratischen und Theaterkreisen Wiens, wie zu einer in den weitesten Zirkeln sehr populären Erscheinung machte.

Von dieser Popularität legte auch das Leichenbegängniss des Verewigten Zeugniss ab, bei dem sich Vertreter der verschiedensten Stände betheiligten, und die grosse Theilnahme, welche sein Hinscheiden in der ganzen Welt erregte, die ehrenden Nachrufe, die ihm von allen Seiten gewidmet wurden, werden der trauernden Familie ein Trost in ihrem Schmerze sein. In der Laryngologie wird der Name Johann Schnitzler's nicht vergessen werden!

Felix Semon.

Schriftenverzeichniss.

1862. Ueber die Inhalation medicamentöser Flüssigkeiten und einen neuen „Arzneimittel-Zerstäuber".
Ueber die Inhalation medicamentöser Flüssigkeiten in Staubform.
1864. Klinische Beobachtungen über die Basedow'sche Krankheit.
Beobachtungen über Bronchitis crouposa.
1865. Neueste Literatur. Ueber Endocarditis ulcerosa.
1866. Neueste Literatur. Klinische Beobachtungen über Stimmbandlähmung.
Neueste Literatur. Laryngoskopische Mittheilungen.
1867. Laryngoskopische Mittheilungen.
Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften und Vereine. Wissenschaftliche Monatsversammlung des Doctoren-Collegiums der medicinischen Facultät. (Sitzung vom 18. Februar 1867.) „Ueber die Galvanokaustik in der Laryngoskopie."
Ueber die Anwendung der Galvanokaustik bei Kehlkopfkrankheiten.
1868. Ueber Kehlkopfgeschwüre, mit besonderer Rücksicht auf ihre laryngoskopische Diagnose und locale Therapie.
1871. Die locale Therapie bei den Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre.
1872—73. Verhandlung ärztlicher Gesellschaften und Vereine. Aerztlicher Verein in Wien: „Ueber Sensibilitätsneurosen des Kehlkopfes".
1874. Ueber die therapeutische Anwendung verdichteter und verdünnter Luft bei Lungen- und Herzkrankheiten.
Ueber Polikliniken im Allgemeinen und über die Allgemeine Poliklinik im Besonderen.
Klinische Beobachtungen und Studien auf dem Gebiete der Kehlkopferkrankungen.
K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Sitzung vom 16. October 1874.):
a) Klinische Beobachtungen und experimentelle Studien auf dem Gebiete der Kehlkopferkrankungen.

b) Vorstellung eines Kranken mit Lage-Veränderung sämmtlicher Eingeweide.

Ueber Diphthonie. Ein Beitrag zur Physiologie und Pathologie der Stimme. — 1875. Fortsetzung.

Aphonia spastica.

1876. Wiener medicinisches Doctoren-Collegium. Dr. Joh. Schnitzler: „Zur Casuistik der Kehlkopf- und Luftröhrenverengerungen.“

Subcutane Injectionen von Carbolsäure gegen Phthise und Tuberculose. Vorläufige Mittheilung.

1877. Ueber Kropfasthma.

1879. Wiener medicinisches Doctoren-Collegium (Sitzung vom 30. December 1878): Ueber Lungensyphilis und ihr Verhältniss zur Lungenschwindsucht.

Der Erlass des Unterrichtsministeriums in Betreff des Erlöschens einer Privatdocentur.

Der VI. Internationale medicinische Congress in Amsterdam. (Original-Bericht der Wiener Medicinischen Presse.)

Inhalationen von Natron benzonicum bei Phthise.

Ueber den therapeutischen Werth des Natrium Benzoicum. — Inhalationen bei Lungenschwindsucht.

Aus der Allgemeinen Poliklinik, Wien. Abtheilung des Prof. Schnitzler: Ueber Herpes laryngis.

1880. Casuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie des Asthma.

De la Tuberculose du Pharynx et de l'angine tuberculeuse.

Hebra †.

Erster Internationaler Laryngologen-Congress in Mailand. (Original-Bericht der Wiener Medicinischen Presse.)

Ueber Stimmbandblutung und Stimmbandzerreissung.

Erste endolaryngeale Operation in der Narkose. Exstirpation eines Kehlkopfpolypen bei einem achtjährigen Kinde.

1881. Ueber Miliartuberculose des Kehlkopfes und des Rachens.

Josef Skoda †.

Ueber Lungensyphilis.

1882. Kritische Besprechungen.

Ueber doppelseitige Recurrenslähmung.

Aus der Poliklinik des Professor Schnitzler in Wien: „Zur Casuistik der Bronchitis crouposa.“ Mitgetheilt von Dr. J. Beck.

1882. K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Sitzung vom 15. December 1882.) „Discussion über Jodoform“. Fortsetzung. Professor Dr. Schnitzler: „Ueber die Anwendung des Jodoform bei Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase, der Mundrachenhöhle und der Lunge.“ — Fortsetzung.

Prof. Dr. Schnitzler: „Zur Frage der Diagnose und Heilbarkeit der Kehlkopfschwindsucht und über den Einfluss des Jodoformes auf letztere.“

1883. Wiener medicinisches Doctoren-Collegium. (Sitzung vom 22. Jan. 1883.)

Prof. Dr. Schnitzler: „Ueber Combination von Tuberculose und Syphilis der Lunge, des Kehlkopfes und des weichen Gaumens."
Tuberkulöse Tumoren im Larynx: Endolaryngeale Exstirpation. Heilung.
Wiener medizinisches Doktoren-Kollegium. Wissenschaftliche Versammlung vom 7. Mai 1883. „Ueber Asthma, insbesondere in seinen Beziehungen zu den Krankheiten der Nase."
Zur Frage der Kontagiosität der Lungentuberkulose.

1884. Ergebnisse der Sammelforschung der Wiener medizinischen Presse über „Herediät, Kontagiosität und Heilbarkeit der Lungentuberkulose."
Der gegenwärtige Stand der Therapie der Kehlkopf- und Lungentuberkulose.
Tuberkulöse Tumoren im Kehlkopfe. Endolaryngeale Exstirpation. Heilung.
Aus der Abtheilung für Hals- und Brustkrankheiten des Regierungsrathes Professor Dr. Schnitzler.
Zur Kasuistik der Lungensyphilis. Von Dr. L. Rethi, Assistent an der Allgemeinen Poliklinik in Wien.

1885. Ueber Anwendung und Wirkung des Cocains bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.
Tuberkulöse Tumoren des Kehlkopfes und der Luftröhre.

1886. Zur Pathologie und Therapie der Kehlkopf- und Lungensyphilis.
Weitere Beiträge zur Kenntniss der Kehlkopf- und Lungensyphilis.
Ueber Kombination von Lues und Tuberkulose.
Internationale Klinische Rundschau.

1887. Ueber Kombination von Syphilis und Tuberkulose des Kehlkopfes und die Umwandlung syphilitischer Geschwüre in tuberkulöse.
Wiener medizinisches Doktoren-Kollegium. (Original-Bericht der Internationalen Klinischen Rundschau.) Sitzung vom 18, April 1887. „Ueber die Behandlung des Asthma."
Ueber die neueren Heilmittel und Heilmethoden bei Kehlkopftuberkulose.
Ueber Umwandlung gutartiger Neubildungen des Kehlkopfes in bösartige.
Kritische Bemerkungen. Zur Diagnose und Therapie der Neubildungen im Innern des Kehlkopfes.
Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose mit phosphorsaurem Kalk.

1888. Wiener medizinisches Doktoren-Kollegium. (Original-Bericht der Internationalen Klinischen Rundschau.) Sitzung vom 19. Dezember 1887. „Hochgradige Perichondritis laryngea zweifelhafter Natur; vollständige Heilung durch Jodkali".
Aus der Abtheilung des Regierungsrathes Professor Schnitzler an der Allgemeinen Poliklinik in Wien. „Zur Diagnose der tuberkulösen und carcinomatösen Perichondritis des Kehlkopfes." Von Dr. M. Hajek, Assistent der genannten Abtheilung.

1888. Kasuistische Mittheilungen aus der Abtheilung des Regierungsrathes Professor Schnitzler an der Allgemeinen Poliklinik in Wien.
Anwendung und Wirkung des Creolin bei Krankheiten der Mundhöhle, des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes.

1889. Sarkom des Kehlkopfes und der Luftröhre.
Anwendung und Wirkung des Perubalsams bei Krankheiten des Kehlkopfes und der Lunge.
Aphorismen zur Diagnose und Therapie der Kehlkopftuberkulose. (Klinische Zeit- und Streitfragen, 12. Heft.)
1890. Ueber Kombination von Syphilis und Tuberkulose des Kehlkopfes — und die gegenseitige Beeinflussung beider Prozesse.
Robert Koch's Heilverfahren gegen Tuberkulose.
1891—93. (Noch unvollendet.) Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie. Unter Mitwirkung von Dr. M. Hajek und Dr. A. Schnitzler.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, Allgemeines etc.

1) **Nélaton. Septische Phlegmone des Halses im Anschluss an die Entwicklung des Weisheitszahnes. (Phlegmon septique du cou consécutif à l'évolution de la dent de sagesse.)** *Soc. de Chirurgie. 6. Juli 1892.*

N. berichtet über einen von Dr. Linon beobachteten Fall: Im Anschluss an die Entwicklung des Weisheitszahnes beobachtete man bei dem betreffenden Patienten eine septische Phlegmone des ganzen Mundbodens mit Senkung des Abscesses in das Mediastinum anticum derart, dass man einen Theil des Sternums reseciren musste. Der Kranke wurde geheilt. Ueber die Pathogenese der nach Entwicklung des Weisheitszahnes auftretenden Störungen ist viel discutirt worden. Nach Linon wären diese Störungen nicht bedingt durch den Mangel an Platz für den Zahn, sondern durch die Ulceration der Schleimhaut des Zahnfleisches beim Durchtritt des Zahns und durch den Eintritt septischer Mikroorganismen in's Blut durch diese Eintrittspforte. Nélaton ist mit Linon der Ansicht, dass es die inficirten Geschwüre sind, denen die Schuld an diesen Folgekrankheiten zuzuschreiben ist. Bei Erörterung der Schwere dieser Störungen fragt Linon, ob es sich nicht dabei um die unter dem Namen Angina Ludovici bekannte Krankheit handelt. Nélaton selbst legt dieser Bezeichnung als Angina Ludovici keinen Werth bei; dieselbe fristet seit 1836, der Zeit, in welcher Ludwig eine kurze Mittheilung über diesen Gegenstand erscheinen liess, gewissermassen ein legendäres Dasein in der Wissenschaft. Kein Autor, weder ein klassischer, noch sonst einer, giebt eine Beschreibung dieser Angina und wenn man auf die genannte Schrift zurückgeht, sieht man, dass es sich um eine septische Phlegmone des Halses handelt. Nélaton schlägt deshalb vor, den Namen „Angina Ludovici" als ungeeignet und zwecklos ganz fallen zu lassen.

J. BARATOUX.

2) **Delorme. Infectiöse Phlegmonen oberhalb des Zungenbeins. (Des phlegmons infectieux sus-hyoidiens.)** *Soc. de Chirurgie. 13. Juli 1892.*

Vor einigen Jahren hat D. in derselben Gesellschaft Phlegmonen des Halses beschrieben, die sich characterisiren durch eine enorme, kürassartige Schwellung der Regio supra-hyoidea mit Schluckbeschwerden, Hemmung der Kieferbewegungen und Auftreibung der Zunge und des Zahnfleisches. Diese Fälle entsprechen dem Bilde, das man unter dem Namen: Angina Ludovici beschrieben hat, einem unzweckmässigen Namen, da es sich nicht um eine Entzündung des Schlundes, sondern des Mundbodens handelt. Indess ist D. der Ansicht, dass man jenen Namen zur Bezeichnung der sublingualen Phlegmone beibehalten soll. In Wirklichkeit ist der Sitz der Phlegmone immer derselbe, begrenzt durch die hintere Fläche des Unterkiefers, den M. mylohyoideus, die Mundschleimhaut und die Zungenbasis; und auf diese Punkte gerade muss man auch das Messer richten,

wenn man die schwere Prognose besser gestalten will. Wenn der Kranke den Kiefer auseinanderbringen kann, wird man die Mundschleimhaut unterhalb der Zungenspitze im Mundboden incidiren; im andern Falle, wird man den Eiter von der Gegend oberhalb des Zungenbeins her aufsuchen müssen; dieser letztere Weg wird leichter antiseptische Spülungen gestatten. Ist die Phlegmone mehr nach den seitlichen Partien des Halses hin entwickelt, so wird man den Schnitt von der Seite her in der Regio submaxillaris anlegen, um den Flüssigkeiten und der Luft leichter einen Ausweg zu verschaffen, allein man wird dann sehr tief schneiden müssen. J. BARATOUX.

3) **Schwartz. Infectiöse Phlegmonen unterhalb der Zunge. (Des phlegmons infectieux sous-linguaux.)** *Soc. de chirurgie. 20. Juli 1892. Rev. gén. de Clinique. No. 30.*

Der Verf. hat 3 Fälle von infectiösen Phlegmonen beobachtet, welche die Unterkiefergegend einnahmen und die in der Discussion in der Soc. de Chirurgie bereits erwähnten Symptome darboten. Zwei der Pat. starben sehr schnell, der eine nur nach vorherigem chirurgischen Eingriff; der dritte Pat. kam nach einer Incision zur Heilung. Was die Pathogenese der Krankheit anlangt, so hat Verf. feststellen können, dass in zwei Fällen eine primäre Angina, in einem Falle Zahncaries mitgespielt hatte. J. BARATOUX.

4) **Guillet. Infectiöse sublinguale Phlegmone — Angina Ludovici. (Phlegmon infectieux sous-lingual: Angine de Ludwig.)** *Archives provinc. de Chirurgie. 1892. No. 5. p. 403.*

Beobachtung eines Pat., der einen Hufschlag gegen das Kinn erhalten hatte und danach eine Verhärtung am Mundboden bekam mit Schüttelfrost, Fieber und Benommenheit, es folgte oedematöse Anschwellung der Gegend oberhalb des Zungenbeins und des Mundbodens mit Propulsion der Zunge nach oben und hinten. Man constatirte den Bruch der zwei unteren Schneidezähne und eine kleine Wunde an der inneren Fläche des Unterkiefers. Es wurden parallele Einschnitte im Mundboden gemacht in einer Länge von 6—7 cm; kein Eiter, dagegen sehr heftige Blutung. Mit der cannelirten Sonde entdeckte man in einer Tiefe von mehreren Centimetern eine Ansammlung von jauchigem Eiter. Eiswasserinjectionen brachten die Blutung zum Stehen.

Am folgenden Morgen erhebliche Besserung; die Schwellung ist verringert. Heilung innerhalb 14 Tagen.

Der Verf. bemerkt, dass der Eiter unterhalb der Zunge und unter dem M. mylo-hyoideus sass. Hätte man den Einschnitt von der Regio suprahyoidea aus angelegt, so würde man sehr viel tiefer haben gehen müssen. J. BARATOUX.

5) **Magitot. Die perimaxillären Phlegmonen, ihre Pathogenese und ihre Behandlung. (Des phlegmons perimaxillaires au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement.)** *Soc. de Chirurgie. 26. Juli 1892.*

Der Verf. leugnet, dass die Zahncaries den Ausgangspunkt dieser Phlegmonen bildet; es giebt thatsächlich Fälle, in denen die Zähne gesund befunden worden sind. Vielmehr sind es die alveolo-dentären Periostitiden, welche die

Phlegmonen verursachen. Die Art der Infection, ihre Intensität und ihre Besonderheit in jedem Falle sind es, die alle die verschiedenen Grade der Erkrankung herbeiführen, deren Symptomenbild in der Discussion der Soc. de Chirurgie über diesen Gegenstand gezeichnet worden ist. Die Behandlung muss zuerst natürlich die Ursache zu treffen suchen. Wo der Weisheitszahn als Ursache in Frage kommt, muss er so früh wie möglich trotz der Contractur der Kiefer und der Schwierigkeit des Eingriffes exstirpirt werden. J. BARATOUX.

6) **Reynier. Phlegmone oberhalb des Zungenbeins? (Phlegmon sus-hyoidien?)** *Soc. de Chirurgie. 27. Juli 1892.*

Der Verf. berichtet über 3 Fälle, die tödtlich verlaufen sind.

J. BARATOUX.

7) **A. Matwejew** (Rjasan). **Lipoma mediana colli.** *Med. obosr. 1892. No. 23.*

In einem Vortrage, gehalten im Verein Rjasan'scher Aerzte, weist M. auf die diagnostischen Schwierigkeiten hin, die ein Lipom verursachen kann, wenn dasselbe unter der Fascie in Gegend der Schilddrüse sich entwickelt. Er referirt über einen Pat., wo solch' eine Geschwulst, die auf den N. recurrens drückte, für eine Struma gehalten wurde und bei der Operation als ein Lipom sich entpuppte. LUNIN.

8) **Kohos. Das in der Expirationsluft enthaltene Gift. (Poison contenu dans l'air expiré.)** *Soc. des scienc. méd. de Lyon. 13. Juli 1892. Province Méd. de Lyon.*

Verf. untersucht die in der Ausathmungsluft enthaltenen Gifte an den verschiedenen Stellen ein und derselben Stadt. An den Plätzen, wo die Häuser eng bei einander stehen, ist die Exspirationsluft toxischer, als in den Häusern, in denen die Luft frei circuliren kann. In seinen Experimenten konnte K. einen Unterschied in Bezug auf die toxischen Eigenschaften constatiren zwischen den subcutanen Injectionen und den intravenösen. J. BARATOUX.

9) **Unverricht** (Magdeburg). **Ueber das Cheyne-Stokes'sche Athmen.** Congress f. innere Medicin. Leipzig 1892.

Die Untersuchungen Unverricht's beziehen sich auf die Wirkung verschiedener narkotischer Mittel auf den Athmungsapparat. Er fand, dass dieselben, sobald sie schlafmachend wirkten, eine mehr oder weniger lang dauernde Periode mit Cheyne-Stokes'scher Athmung hervorriefen, dann erfolgte gewöhnlich eine zweite Periode mit regelmässiger Athmung und nach einer weiteren Periode mit Athempausen trat allmählich wieder normales Verhalten ein. Die einzelnen Mittel (Chloroform, Chloral, Sulfonal, Urethan, Paraldehyd etc.) scheinen sich nur durch die Dauer der einzelnen Perioden zu unterscheiden. U. schliesst auch einige Bemerkungen an über die Genese des Cheyne-Stokesschen Athmens. SEIFERT.

10) **Palma. Ein Fall von Sarcomatosis nach primärem Thymussarcom, verlaufend unter dem Bilde einer lymphatischen Leukämie.** *Deutsche medicinische Wochenschrift. 1892. No. 35.*

Nichts von Wichtigkeit für den Laryngologen. LANDGRAF.

11) **F. Gordon Brown** (London). **Acromegalie. (Acromegaly.)** *British Medical Journal. 23. April 1892.*

Demonstration des Patienten, eines 40jährigen Geistlichen, am 13. April 1892 vor der Hunterian Society.

Der Kranke hatte seit 10 Jahren an rechtsseitigem Stirnkopfschmerz mit Herzpalpitationen und seit 6 Monaten an Kurzathmigkeit gelitten. Abgesehen von den anderen characteristischen Veränderungen der Krankheit, zeigte sich bedeutende Auftreibung des Sinus frontalis, der unteren Partie der Nase, der Unterlippe, der Zunge, der Tonsillen und der Pharynxschleimhaut.

Unter Antipyrin und Arsenik erfolgte Verbesserung. SEMON.

12) **R. Pfeiffer** und **M. Beck** (Berlin), **Weitere Mittheilungen über den Erreger der Influenza.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 21.*

Der Entdecker des Influenzabacillus giebt das Resultat seiner fortgesetzten Studien kund, aus dem hervorzuheben ist, dass der Bacillus im Blute nie gefunden wurde. LANDGRAF.

13) **Edelmann** (Pest). **Ueber die Influenza.** *Orvosi Hetilap. 1892. No. 28 ff. Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 41.*

Referirender Vortrag. Nichts Neues. O. CHIARI.

14) **Angyan** (Pest). **Influenza-Epidemie 1889 bis 90 in Ungarn. Statistische Daten.** *Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 49.*

In der Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 26. November 1892 berichtete A., dass im Mittel 40 pCt. der gesammten Einwohnerschaft ergriffen waren. Die Einwanderung geschah von Russland aus. CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **v. Brunn** (Rostock). **Beiträge zur mikroskopischen Anatomie der menschlichen Nasenhöhle.** *Arch. f. mikrosk. Anat. 39. 1892.*

An Nasenhöhlen von Enthaupteten konnte v. Br. die Schleimhaut unmittelbar nach dem Tode untersuchen, bezüglich der Flächenausdehnung des typischen Riechepithels, stimmen seine Resultate mit den Angaben von Max Schultze überein.

Die Riechhärchen waren an Isolationspräparaten aus den Schleimhäuten mit Leichtigkeit zu erkennen, ebenso die Membrana limitans. Bezüglich der Suchannek'schen „Glockenzellen" ist v. Br. der Meinung, dass es zum grössten Theil atypische Riechzellen, zum kleineren Theile Wanderkörper fand. Mit Hülfe der Golgi'schen Methode gelang es nicht allein den Zusammenhang der centralen Riechzellenfortsätze mit subepithelial gelegenen Nervenfädchen zu erkennen, sondern auch letztere bis zu den Nervenästen zu verfolgen. Des Weiteren macht v. Br. noch auf die beträchtlichen Abweichungen im Bau der eigentlichen Schleimhaut im Bereiche der Regio olfactoria von dem der Regio respiratoria aufmerksam.

SEIFERT.

16) **H. M. Thomas. Nasencatarrh. (Nasal catarrh.)** *Med. Fortnightly. Decemb. 1892.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

17) **R. E. Hinman. Acute Coryza. (Acute Coryza.)** *Hahnemanian Med. Monthly. November 1892.*

Nichts von Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

18) **Polyak** (Pest). **Ueber eine noch nicht beschriebene Form von Coryza professionalis.** *Orvosi Hetilap. 1892. No. 24. Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 38.*

Bei einer mit dem Bronciren von Drucksorten beschäftigten Frau fand P. Defecte des Septums, der mittleren Muschel, der Bulla ethmoidalis, Geschwüre an vielen Stellen, Schwellung und Erosionen der ganzen Nasenschleimhaut und zahlreiche mit Broncestaub bedeckte Krusten. Auf antisyphilitische Behandlung heilte Alles. Versuche mit der Inhalation von Broncepulver, bestehend aus Kupfer, Zinn und wenig Blei, zeigten, dass dadurch schnell katarrhalische Zustände nebst Erosionen der Nasenschleimhaut hervorgerufen werden. P. glaubt, dass im obigen Falle der Reiz des Broncestaubes Veranlassung gegeben habe, dass sich der syphilitische Process so hochgradig in der Nase entwickelte.

CHIARI.

19) **Hornung** (Wien). **Ueber nervösen Schnupfen.** Vortrag, gehalten im Wiener med. Doctoren-Collegium am 21. März 1892. — *Mittheilungen des W. M. D.-C. 18. Band. No. 20. 1892.*

H. berichtet über einen Mann, der an heftigen Schnupfenanfällen litt; denselben gingen Pruritus ad anum voran; dann folgten Niessen, Kälterieseln, Brennen im linken Auge und schliesslich reichlicher wässeriger Ausfluss aus der linken Nasenhälfte, später treten Gesichtsschmerz und Magenstörungen dazu. Die Schleimhaut der linken Nasenhälfte war enorm geschwollen; in dem wässerigen Nasensecret fanden sich niemals eosinophile Zellen, dagegen aber viele derselben in dem schleimigen Secrete. H. hielt das Leiden für eine Affection des Sympathicus und heilte es durch Belladonna und Arsen. Im Blute zeigte sich eine Verminderung des Haemoglobin-Gehaltes und Leukocythose; schliesslich weist H. auf die Wichtigkeit der Untersuchung des Blutes und der Secrete bei solchen nervösen Erkrankungen hin. CHIARI.

20) **Lichtwitz. Beitrag zum Studium der nasalen Hydrorrhoe. (Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale.)** *Revue internat. de rhinologie. No. 12. 1892.*

Der Verf. berichtet über eine eigene Beobachtung und stellt die hauptsächlichsten Arbeiten, die über diese Frage erschienen sind, zusammen.

E. J. MOURE.

21) **P. C. Jensen. Hypertrophische Rhinitis und ihre Beziehung zur Geistesstörung. (Hypertrophic rhinitis and its relation to mental alienation.)** *Chicago Med. Recorder. December 1892.*

Zwei Fälle von Melancholie, der eine mit Tendenz zu Suicidialversuchen, geheilt durch Cauterisation der unteren und mittleren Nasenmuscheln.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

22) **John Sedziak** (Warschau). **Beitrag zur Frage des sogen. Croup der Nase. (Contribution to the question of so-called croup of the nose.)** *Journal of Laryngology. September 1892.*

Bericht über einen Fall, in welchem der Verf. sorgfältige Culturen von der aus der Nase entfernten Membran anlegen konnte. Der Klebs-Löffler'sche Bacill wurde nicht gefunden, und der Autor ist der Meinung, dass es sich um eine von der richtigen Diphtherie verschiedene Krankheit handelt.

MACKENZIE JOHNSTON.

23) **J. W. Long. Croupöse Rhinitis, mit Bericht über 3 Fälle. (Croupous rhinitis with report of 3 cases.)** *Maryland Med. Journal. 3. December 1892.*

Nichts von besonderem Interesse. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

24) **H. M. Wilson. Ein Beitrag zum Studium der Rhinitis atrophicans. (A contribution to the study of atrophic rhinitis.)** *N. Y. Med. Journal. 12. Nov. 1892.*

Auf Grund eines sorgfältigen Studiums der Erkrankung, wie sie in Colorado sich zeigt, hält es W. für gewiss, dass die Anwesenheit angetrockneten Secretes nichts mit dem Beginne der Krankheit und nur sehr wenig mit ihrer Fortdauer zu thun hat (vergl. Bosworth's Theorie); denn während der Schwund der Muscheln sehr oft beobachtet wird bei Leuten, die eine Reihe von Jahren in diesem Staate zugebracht haben, lässt das fast regelmässige Fehlen eines merkbaren Foetor oder einer stärkeren Krustenbildung eher an einen physiologischen als an einen mechanischen Process denken. Die Beobachtung dieses Gewebsschwundes ohne die klassischen Begleiterscheinungen des übeln Geruchs und der Secretaustrocknung zwingt zu dem Gedanken, dass ein hypertrophisches Stadium dem gegenwärtigen vorangegangen sein muss und dass in Folge eines fortdauernden und übermässigen Reizes dieses Stadium in das jetzige der Erschöpfung und des Schwundes übergegangen ist. Und dieser Eindruck gewinnt an Stärke, wenn man den Erfolg der Behandlung beobachtet; denn nur mit dieser Annahme kann man die rapide Annäherung an einen gesunden Zustand und ein normales Aussehen erklären. Nur aus der Theorie, dass wir es in diesen Fällen mit einem Zustand äusserster Erschöpfung und nicht sowohl mit einer eigentlichen Necrose in Folge Abschneidung der Blutzufuhr zu thun haben, können wir die leichte Wiederherstellung der Substanz und die schnelle Rückkehr zu relativ gesundem Zustande verstehen.

LEFFERTS.

25) **Barth** (Marburg). **Ueber Nasenbluten.** *Berliner klin. Wochenschrift. 1892. No. 4.*

Nichts Neues. LANDGRAF.

26) **Otto Holst** (Bath). **Nasenbluten. (Epistaxis.)** *Lancet. 16. April 1892.*

Ein Brief an den Herausgeber; enshält nichts Neues.

MACKENZIE JOHNSTON.

27) **J. K. Hamilton** (Adelaide). **Bemerkungen über Nasenbluten. (Remarks on epistaxis.)** *Practitioner. Juni 1892.*

Vortrag gehalten in der South Australian Branch der B. M. A. Die Ursachen und die verschiedenen Behandlungsmethoden des Nasenblutens werden besprochen und eine genaue Untersuchung der Nasenhöhlen in allen Fällen von Nasenbluten als besonders wichtig betont. Es folgte eine Discussion (vergl. Australian Medical Gazette Juni 1892).

MACKENZIE JOHNSTON.

28) **Mauclaire. Anatomische und pathologische Betrachtungen über die Nasenscheidewand in verschiedenen Lebensaltern. (Considérations anatomiques et pathologiques sur le cloison des fosses nasales aux différents âges.)** *Bulletin de la Société anatom. März 1892. p. 169.*

Aus seinen anatomischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen glaubt der Verf. folgende Schlüsse ziehen zu können:

1. Die Deviationen und die knöchernen Auswüchse sind an unseren Präparaten sehr häufig.

2. Die Deviationen erstrecken sich besonders auf die vordere Hälfte der Nasenscheidewand und zeigen alle wohlbekannten Typen.

3. Die Spinen sitzen besonders an der Vereinigungsstelle des Vomer mit der Lamina perpendicularis des Siebbeins. Sie stehen sehr häufig parallel der unteren und mittleren Muschel, die sich häufig mit ihnen berühren. Sie sind bedingt durch eine localisirte Perichondritis, oder durch die Berührung der Schleimhaut der Nasenmuscheln oder durch ein Trauma, welches den an das Siebbein und den Vomer anstossenden Theil des Nasenknorpels reizt.

4. Die Perforationen des Septum sind sehr selten (1 mal unter 51 Präparaten) und sitzen häufiger an dem knorpligen Theil; an M.'s Präparat entsprach die Perforation der Lamina perpendicularis des Siebbeins.

5. Nach M.'s Beobachtungen sind die Deviationen recht selten vor dem erwachsenen Alter; unter 15 Septen von Kindern fand M. keinen Fall von Deviation.

6. Die vordere Oeffnung der Keilbeinhöhle liegt ganz dicht am Septum und man kann sie catheterisiren, wenn man dem Septum von unten nach oben folgt in einem Winkel von ungefähr 40° und etwa 4—5 cm im Mittel beim Erwachsenen oberhalb des Nasenbodens.

7. In dem beschriebenen Falle von maligner Syphilis der Nase waren die Zerstörungsvorgänge so ausgedehnte, dass die Nasenhöhle und der Mund zusammen nur noch eine Art Cloake bildeten, die sich nach dem Rachen zu öffnete.

J. BARATOUX

29) **R. Otto** (Dorpat). **Ueber das perforirende Geschwür der knorpeligen Nasenscheidewand.** *Petersburger med. Wochenschr. 1892. No. 46.*

Vortrag gehalten auf dem IV. livländischen Aerztetag in Wenden, in wel-

chem O. über den jetzigen Stand der Frage referirt. Zugleich führt Verf. eine Krankengeschichte an, wo es bei einem 13 Jahre alten, anämischen Mädchen, das an Nasenbluten, in Folge eines Ulcus der knorpeligen Nasenscheidewand, litt, trotz Jodkali, Chromsäure und Trichloressigsäure, unter seinen Augen zu einer Perforation der Nasenscheidewand kam. Das Mädchen hatte die üble Gewohnheit, mit dem Finger in der Nase zu bohren. Ferner hat O. unter 30 Cementarbeitern bei Einem eine Perforation des Septum gefunden. LUNIN.

30) **Victor Lange** (Kopenhagen). **Ueber einen selteneren Fall von Septumpolypen nebst einigen klinischen Bemerkungen über die Polypen der Nasenscheidewand.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 52.*

Ein pflaumengrosser, tiefschwarzer, morscher und stark blutender Tumor wurde vom vorderen unteren Antheile des Septum cartilagineum mit dem scharfen, Löffel entfernt die Basis mit Lapis geäzt. Nach $1^3/_4$ Jahren keine Recidive. Er erwies sich als weiches Fibrom. Früher beobachtete L. 5 solcher Fälle. L. fand solche Tumoren nur selten, immer an derselben Stelle und macht darauf aufmerksam, dass ebendort auch die spontanen Blutungen und das perforirende Geschwür ihren Sitz haben. Schleimhauthypertrophien des Septum kommen meist nur am hinteren Antheile zur Beobachtung. CHIARI.

31) **D. A. Mac Lachlan. Nasale Verstopfung durch Abnormitäten des Septums. (Nasal obstruction from abnormalities of the septum.)** *Med. Era. Juli 1892.*

Bericht über ein paar Fälle; ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

32) **A. G. Root. Deviationen der Nasenscheidewand. (Deviations of the nasal septum.)** *Albany Med. Annals. Februar 1892.*

Nichts Bemerkenswerthes. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

33) **J. Townsend. Deformitäten der Nasenscheidewand und ihre Behandlung. (Deformities of the nasal septum and their treatment.)** *North Am. Journal of Homoeopathy. Sept. 1892.*

Nichts Neues. W. J. SWIFT (LEFFERTS.)

34) **Hajek** (Wien). **Operation der Septumdeviationen.** *Internat. klin. Rundschau. 1892. No. 35.*

H. unterscheidet 2 Formen der Deviation:

1. Circumscripte Hervorwölbung des korpeligen Septums. Er schneidet dann nach Schech den hervorragenden knorpeligen Antheil sammt der Schleimhaut weg, so dass ein Loch im Septum entsteht.

2. Ist die Verkrümmung eine ausgedehntere, so löst er das Septum cartilagineum mit dem Messer ganz von seinem Ansatz ab bis auf den hinteren oberen Theil, so dass dasselbe nur mehr dort an der perpendicularen Platte des Siebbeines haften bleibt. Die so beweglich gemachte Knorpelplatte wird entsprechend dislocirt und durch Jodoformgazetamponade in der Lage erhalten. Alle 48 Stunden wird der Tampon erneuert. Nach 14 Tagen ist Heilung erfolgt. Behufs Vornahme der Operation werden die Choanen tamponirt und mit Cocain an-

aesthesirt. Die Integrität der äusseren Nase litt nie in allen 25 von ihm operirten Fälle. Zur Operation verwendete er die von Jurasz angegebenen Instrumente.

CHIARI.

35) E. J. Crowther. **Wiederherstellung der Nasenathmung durch Abtragung eines Auswuchses oder einer Verbiegung des Nasenscheidewandknorpels. (Restoring nasal respiration by removing a deflected column or cartilage of the septum nasi.)** *Mississippi Med. Monthly. Dec. 1892.*

C. beschreibt seine Methode, die im Wesentlichen der von Bosworth gleicht.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

36) J. P. Berens. **Kork-Schienen für die Nasenscheidewand. (Cork splints for the nasal septum.)** *Annals of Ophthalmol. and Otology. Juli 1892.*

Die Vorzüge, die B. den Korkschienen nachrühmt, sind ihre antiseptischen Eigenschaften; ferner dass sie nicht resorbiren; dass sie fest, aber doch elastisch genug sind, um die Blutversorgung der Theile nicht zu stören; dass sie nicht reizen und schliesslich, dass sie leicht herzustellen sind.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

37) G. W. Major (Montreal). **Ein Messer für die Nasenscheidewand. (A nasal septum knife.)** *Brit. Med. Journal. 22. Octob. 1892.*

Abbildung und Beschreibung eines Kreismessers auf gekrümmtem Handgriff zur Entfernung von Knochenspinen oder Krusten vom Nasenseptum.

MACKENZIE JOHNSTON.

38) J. A. Spalding. **Ueber den Zusammenhang zwischen Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraums und einigen Augen- und Ohrenkrankheiten. (On the connection between diseases of the nose and naso-pharynx and some dieseases of the eye and ear.)** *Archives of Otology. Juli 1892.*

Verf. theilt ein paar Fälle mit, welche die Bedeutung einer ausreichenden Kenntniss der Nasenkrankheiten, ihrer Diagnostik und ihrer Behandlung, für den Augenarzt veranschaulichen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

39) R. E. Swinburn. **Die Beziehungen zwischen Ohren- und Nasenkrankheiten nach einem Studium von 1000 Fällen von Otitis media. (The relation of aural and nasal affections based on 1000 cases of otitis media.)** *Medical Record. 6. August 1892.*

Die Krankheit des Ohres war:

Acute catarrhalische Otitis	64	
Subacute catarrhalische Otitis	99	
Chronische catarrhalische Otitis	440	—603
Acute purulente Otitis media	136	
Chronische purulente Otitis media	230	
Chronische purulente Otitis media mit Polypen im Ohr	31	—397
	In Summa	1000

Die begleitenden oder ursächlichen Nasenaffectionen waren:

Acute Rhinitis	84	
Subacute Rhinitis	33	
Chronische Rhinitis	374	
Hypertrophische Rhinitis	253	
Atrophische Rhinitis	27	—771
Adenoide Vegetationen	27	
Hypertrophie der Tonsillen	27	
Hypertrophie der Tonsille und adenoide Vegetationen	5	
Nasenpolypen	8	
Deformitäten der Nasenscheidewand	76	—143
Scharlachfieber	23	
Masern	11	
Diphtheritis	3	— 37
Seebäder		2
Ohne erkennbare Ursache		47
	In Summa	1000

Die Entwicklung der Entzündungen der Paukenhöhle infolge von Nasen- und Rachen-Erkrankungen ist auf drei Weisen erklärt worden: 1. durch direkte Ausdehnung des entzündlichen Processes infolge Continuität der Gewebe; 2. durch die Verdünnung der Luft im Nasenrachenraum und in der Paukenhöhle während der Inspiration infolge der nasalen Stenose, und 3. durch die Verstopfung der Mündungen der Eustachischen Röhren durch adenoide Vegetationen. Swinburn's Ansicht geht dahin, dass stets die erstgenannte Ursache vorliegt und nie die beiden anderen.

Die 364 Fälle von Nasenstenose repräsentiren Zustände, die man nur vom chirurgischen Standpunkt aus betrachten darf; sie sprechen laut für die Nothwendigkeit rhinologischer Ausbildung des Ohrenarztes; denn wie soll dieser sonst richtig diagnosticiren und erfolgreich behandeln in einer so grossen und verschiedenartigen Anzahl von Fällen, wie sie doch constant in der gewöhnlichen Praxis vorkommen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

40) Bresgen (Frankfurt a. M.). **Wann treten nach Operationen in der Nase und im Nasenrachenraume leicht Entzündungen des Ohres oder anderer benachbarter Theile auf?** *Wiener med. Wochenschr. 1892. No. 45, 46 u. 47.*

Die beiden hauptsächlichsten Gelegenheitsursachen sind: 1. ein zu starkes und fehlerhaftes Schnäuzen sowie Nasendouchen; 2. Behinderung des Eiterabflusses durch Verlegung der Nase. Besonders leicht kann die Eiterung im Nasenrachenraum in die Lücken der Rachentonsille eindringen und auch in die Tuba gelangen. Auch kann der Process längs der Nerven in die Schädelhöhle fortschreiten und dort Meningitis erregen.

Daher soll man überhaupt nach Operationen die Nase frei halten, Methylenblau, Dermatol oder Europhen einblasen und Ausspülungen verbieten. Blutungen sollen nur im Nothfalle durch Tamponade behandelt werden. CHIARI.

41) **Thomas Barr** (Glasgow). **Die Behandlung von Nase und Hals als Quelle der Mittelohrerkrankung. (Treatment of the nose and throat as a source of middle ear disease.)** *Lancet. 17. Decemb. 1892.*

In einer interessanten und lehrreichen Arbeit betont der Verf., dass ernsthafte Erkrankungen des Mittelohrs oft ihren Ursprung haben in der Anwendung nasaler Irrigationen, der Galvanokaustik oder ätzender Mittel, sei es in ungeeigneten Fällen oder ohne die gebührende Vorsicht. Verf. giebt eine Reihe von Rathschlägen, welche die Gefahren für das Mittelohr bei der Behandlung von Nase und Hals auf ein Minimum reduciren sollen, und lässt einen rechtzeitigen Warnruf ertönen gegen das Operiren in Fällen, in denen der Zustand des Ohres durch die Entfernung der nasalen Schädlichkeit keinen Nutzen erfahren kann.

MACKENZIE JOHNSTON.

42) **S. M. Stewart. Verstopfung der Thränenwege und intranasale Krankheitsprocesse. (Obstruction of the lachrymal passages and intra-nasal lesions.)** *Med. Era. Juli 1892.*

Verf. berichtet über 2 Fälle, um die Abhängigkeit der Epiphora von nasaler Erkrankung zu demonstriren. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

43) **Ziem** (Danzig). **Ueber Iritis bei Eiterung der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 29.*

Ziem glaubt, dass manche Entzündungen der Iris durch Verschleppung von Eiter mittelst der Venen oder Lymphgefässe von einer eitrigen Erkrankung der Nase oder ihrer Nebenhöhlen herrühren, und führt als Beweis dafür 3 Fälle an, bei denen Behandlung der Nase oder der Highmorshöhle wirklich grossen Einfluss auf die Iritis hatte. Zwar hat die Blutentziehung aus der Nase, wie sie bei Operationen vorkommt, auch eine Entlastung der Bulbusgefässe zur Folge, aber die dauernde Besserung der Iritis kann doch bedingt sein durch die Besserung der Nasenathmung und die Herstellung eines normalen Blutlaufes in der Nase und ihrer Umgebung und endlich durch Beseitigung der Eiterung in der Nase oder in ihren Nebenhöhlen. Diese recht einleuchtenden Erwägungen fordern zu ähnlichen therapeutischen Versuchen auf. CHIARI.

44) **X. Intraoculäre Affectionen als Folge nasaler Erkrankungen. (Intra-ocular affections as sequelae of nasal diseases.)** *Lancet. 13. August 1892.*

Eine Notiz über eine Arbeit von Ziem (Danzig), in der ein interessanter Fall erwähnt ist. Ein Mann, welcher an nasaler Verstopfung besonders auf der linken Seite infolge eines Tumors litt, bekam eine Schwellung des linken Augenlides, Thränen, Vordrängung des Augapfels und erhebliche Bewegungsbeschränkung des linken Auges. Die Conjunctiva des rechten Auges war injicirt, dabei bestand partielle Amaurose bei starker venöser Hyperämie der Retina und heftigen Schmerzen im linken Auge. Nasale Injectionen entfernten eine Menge übelriechenden Eiters, wodurch die Augensymptome erheblich gebessert und der Focus fast auf seine normale Entfernung wieder zurückgeführt wurde.

MACKENZIE JOHNSTON.

45) J. Dunn. **Ein Fall von reflectorischer Micropsie bei hinterer Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln. (Case of reflex micropsia upon posterior hypertrophy of the inferior turbinates.)** *Archives of Ophthalmology. Juli 1892.*

Die Pat., ein 18jähriges Mädchen, klagte über häufigen Kopfschmerz und Schmerzen und Schwäche der Augen. Diese Symptome verschwanden nach der Abtragung der breiten hinteren Hypertrophien.

Die Micropsie war die Folge einer zeitweiligen Parese des Ciliarmuskels und wahrscheinlich ist in dem Bereiche der hypertrophischen Muscheln der Ursprung des Nerven zu suchen, dessen Reizung ihren reflectorischen Ausdruck in der vorübergehenden Ciliarparese fand. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

46) H. Gradle. **Die ätiologische Beziehung nasaler Affectionen zu Erkrankungen der Augen. (The etiological relation of nasal diseases to affections of the eyes.)** *Journ. Am. Med. Association. 10. Sept. 1892.*

Bei Beantwortung der Frage, wie nasale Störungen zu Symptomen und Krankheitsprocessen seitens der Augen führen können, müssen wir 4 Möglichkeiten eines causalen Zusammenhanges in Rechnung ziehen:

1. Geschwulstbildungen führen zur Ausbreitung der Tumoren durch die Nebenhöhlen in die Orbita oder die Schädelhöhle. Auch hypertrophische Processe können auf den Ductus nasalis übergreifen;

2. durch Ausbreitung einer Infection auf dem Wege der Lymphgefässe durch die Foramina oder durch Lücken in den knöchernen Wänden oder auch entlang der Continuität der Schleimhäute können entzündliche Processe von der Nase in die Augenhöhle eindringen, den intracraniellen Theil des N. opticus erreichen oder den Thränensack erfassen. Die klinische Beobachtung zeigt, dass diese Ausbreitung der Infection begünstigt wird durch Enge der Nasenpassage oder durch Verstopfungen, welche den Abfluss von Eiter stören;

3. Circulationsstörungen können in der Form der venösen Congestion vorkommen, wenn mechanische Verhältnisse vorliegen, welche die Circulation in der Nase stören. Dies ist besonders der Fall bei Verstopfungszuständen in der Nase;

4. Der nasale Einfluss kann in nervösen Störungen — den sogen. Reflexen — bestehen. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

47) G. Baptie. **Bemerkungen über Augenkrankheiten im Gefolge nasaler Affectionen. (Notes on eye lesions consequent on nasal affections.)** *Canada Record. October 1892.*

B. theilt zwei Fälle mit, in denen Erkrankungen der Augen auf nasale Störungen folgten und wahrscheinlich durch diese bedingt waren. Im ersten Falle verursachte ein Nasenstein einen profusen eitrigen Ausfluss aus der nasalen Seite der linken Augenhöhle und Zerstörung des linken Augapfels; im zweiten Falle handelte es sich nach einer Carbolsäureinjection in einen Nasenpolypen um Vereiterung des Augenlides, Iritis und Atrophie des Nervus opticus.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

48) **Lieven. Ueber die Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nase und des Auges.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 48.*

Die unter Seifert's Aegide ausgeführte, sehr fleissige Arbeit bringt:

I. Fälle, in welchen eine vollständige Heilung der Augenerkrankung durch Behandlung der Nase erzielt wurde.

In allen 5 Fällen handelte es sich um Reflexneurosen.

II. Fälle, in welchen durch die Therapie der Nasenerkrankung eine Besserung erzielt wurde.

Auch in diesen 4 Fällen handelte es sich um Reflexneurosen.

III. Fälle, in welchen die Diagnose auf einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Nasenerkrankung und Augenlider gestellt werden konnte, in welchen aber die Beobachtung eine unvollständige war.

Dieselbe umfasst 2 Fälle. LANDGRAF.

c. Mundrachenhöhle.

49) **A. Krasin** (Orel). **Zwei Fälle von Noma; die gegenwärtige Lehre von der Aetiologie dieser Krankheit. (Dwa slutschaja tack naciwaemoi nomi; so wremennoe utschenie ob etiologii etoi bolesni.)** *Russ. Med. 1892. No. 21 u. 22.*

Noma der Lippen und Wangen bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Knaben nach Morbilli und Noma der Vulva bei einem $1^1/_2$ Jahre alten Mädchen. Beide starben. Der 2. Theil enthält ein Referat über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Aetiologie dieser Krankheit. LUNIN.

50) **O. Meurman** (Finland). **Zwei Fälle von Noma. (Tvänne Fall af noma.)** Helsingfors. Juni 1892.

Die Krankheit complicirte Morbilli und endete letal in beiden Fällen. Der erste Fall betrifft ein 4j. Mädchen, bei welchem in der Reconvalescenz, 19 Tage nach dem Anfange der Morbilli, die Noma die rechte Wange ergriff und nach ausgebreiteten Zerstörungen den Tod im Laufe von 13 Tagen herbeiführte.

In dem zweiten Falle (3jähriges Mädchen) war die Krankheit beinahe vorüber, als die Noma das Kind im Laufe von 26 Tagen tödtete.

SCHMIEGELOW.

51) **H. Schmid** (Prag). **Heterotopie eines Zahnes.** Mittheilungen aus dem Ambulatorium für Zahnkranke an der deutschen Poliklinik in Prag. — *Prager med. Wochenschr. 1892. No. 36.*

Der 2. Backenzahn lag oberhalb des äusseren Schneidezahnes im rechten Oberkiefer in dem Alveolarfortsatze horizontal derart, dass die Krone gegen den inneren Schneidezahn sah. Schmid konnte innerhalb 9 Monaten beobachten, wie dieser dislocirte Zahn den inneren Schneidezahn zur Ausstossung brachte und dann selbst mit seiner Krone in der Lücke erschien. Ein Eingriff wurde nicht gestattet.

Eine kritische Literaturübersicht bildet den Schluss. CHIARI.

52) **Noble Smith** (London). **Spasmodische Zustände des Unterkiefers nach 6jähriger Dauer geheilt durch eine Operation. (Spasmodic action of the lower jaw of six years duration cured by operation.)** *Lancet. 24. September 1892.*

Pat., eine Frau von 29 Jahren, litt an schmerzhaften Krämpfen des Masseters auf der linken Seite. Sie liess sich einige Zähne ziehen, ohne aber mehr als eine ganz leichte Besserung ihres Zustandes zu erreichen. Es wurde nun operativ der Ramus massetericus des N. dentalis superior blossgelegt und ein Stück desselben exstirpirt und dadurch die Krämpfe, sowie alle Schmerzen und Störungen, die diese bedingten, vollständig beseitigt.

MACKENZIE JOHNSTON.

53) **J. S. Carter** (Leeds). **Complicirte Fractur des Oberkiefers behandelt durch die Drahtnaht. (Compound fracture of the superior maxilla treated by wire suture.)** *Lancet. 3. December 1893.*

Verf. beschreibt einen Fall von Fractur, in dem er Drahtnähte anlegte durch Löcher, die er durch die Bruchenden bohrte. Die Vereinigung war eine befriedigende und die Kieferstellung eine gute. MACKENZIE JOHNSTON.

54) **Pilliet. Cystischer Tumor des Unterkiefers. (Tumeur kystique du maxillaire inférieur.)** *Soc. anat. 30. December 1892. Journ. d. conn. med. 1893. No. 1. p. 6.*

Es handelt sich um eine Frau von 35 Jahren, die vor 2 Jahren wegen eines Tumors am Unterkiefer operirt worden war. Dieselbe hatte jetzt ein Recidiv. Die histologische Untersuchung ergab, dass ein cystisches Epitheliom mit fettiger Entartung der centralen Partien vorlag. J. BARATOUX.

55) **J. Aakerman** (Schweden). **Sieben Oberkieferresectionen. (Sju Oeferkäkresektioner.)** *Hygiea. October 1892. S. 300.*

Die Operationen wurden wegen Osteo-Adenom (1), Carcinom (4) und Sarkom (2) ausgeführt. Nur in einem Falle (ein 63jähriges Fräulein) trat der Tod 6 Tage nach der Operation ein. Die übrigen wurden mit geheilter Operationswunde aus dem Spital entlassen. SCHMIEGELOW.

56) **J. M. G. Carter. Catarrhalische Halserkrankung in der Seegegend. (Catarrhal sore throat in the Lake region.)** *Journal Am. Med. Assoc. 12. November 1892.*

Während seines Aufenthaltes am Ufer des Michigan-Sees hat C. beobachtet, dass Veränderungen des Wetters von einer Zunahme oder Abnahme der Zahl der Fälle von catarrhalischer Halserkrankung gefolgt waren. Unter diesen Veränderungen spielten Ozongehalt, Temperatur, Feuchtigkeit und Windrichtung und -Stärke eine Rolle. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

57) **José Tremols** (Habana). **Nichtdiphtherische Halsbräune. (Angina pseudomembranosa no diftérica.)** *Progreso médico de la Habana. Januar 1892.*

Eintrittsrede in die Gesellschaft für klinische Studien. Nichts Neues.

GONGORA.

58) **John Sedziak** (Warschau). **Ein zweiter Fall von sogen. „Angina ulcerosa benigna (Heryng)“. (A second case of so-called „angina ulcerosa benigna“ [Heryng]).** *Journal of Laryngology. August 1892.*

Der Autor berichtet in dieser Arbeit von einem zweiten Falle dieser Erkrankung, den er beobachtet hat. Der Pat., ein 30jähriger Mann, hatte, als S. ihn sah, zwei symmetrische Geschwüre an den vorderen Gaumenbögen nahe den Tonsillen. Die Geschwüre waren scharf umgrenzt, ziemlich tief und mit einem graulich-weissen Secret bedeckt. Der Pat. hatte früher Syphilis gehabt und Influenza. Das Secret wurde mikroskopisch geprüft und auch Culturen angelegt, allein es fanden sich nicht die im Heryng'schen Falle gefundenen Mikroorganismen.

MACKENZIE JOHNSTON.

59) **A. Pombrack** (Jaroslaw). **Ein Fall von ulceröser Bräune. (Slutschai jaswennoi schabi.)** *Med. obosr. 1892. No. 19.*

Bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Kinde war die linke Mandel vergrössert, die Oberfläche derselben geschwürig verändert und mit einem weiss-gelblichen Belage bedeckt. Sonst am Kinde nichts zu finden. Heilung nach einigen Pinselungen mit Höllensteinlösung. P. hält diesen Fall für eine ulceröse Angina (Bergeron), obgleich nicht auf Löffler'sche Bacillen gefahndet wurde.

LUNIN.

60) **A. W. George** (London). **Gicht im Halse. (Gout in the throat.)** *Lancet. 15. October 1892.*

In einem Briefe an den Herausgeber bittet der Verf. um Auskunft über diese Frage.

MACKENZIE JOHNSTON.

61) **Garel. Ueber den Werth der Dysphagie bei der Diagnose der Syphilis des Schlundes. (Sur la valeur de la dysphagie dans le diagnostic de la syphilis de l'arrière-gorge.)** *Lyon méd. No. 40. 2. October 1892.*

Es kann als syphilitisch betrachtet werden jedes Individuum, das Dysphagie im Bereich der Mandeln und des Schlundes seit länger als mindestens 3 Wochen darbietet (? Red.). Die anderen Affectionen, die eine Dysphagie nach sich ziehen können, sind dermassen selten, dass sie nur Ausnahmen bilden und fast ohne jede Bedeutung sind im Vergleich zu den syphilitischen Processen. Ganz besonders gilt dies für den infectiösen Schanker der Mandel und die tertiären Processe, bei denen dies Symptom eine überwiegende Bedeutung hat; aber auch im secundären Stadium fehlt die Dysphagie nicht, sondern sie ist das Erste, das die Aufmerksamkeit auf sich zieht.

Von den verschiedenen Affectionen abgesehen (einfache Hypertrophie der Mandeln, chronischer eingekapselter Abscess, Steine der Mandel, Krebs, tuberculöse Processe, complicirende Ulcerationen bei Diabetes), welche mit den syphilitischen Erscheinungen verwechselt werden könnten, ist es die Dysphagie, die zumeist das Bestehen eines syphilitischen Processes enthüllt.

J. BARATOUX.

62) **Jacobson** (Petersburg). **Ueber syphilitische Narbenstricturen des Schlundes.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 32. 1892.*

Zu den 26 bisher in der Literatur bekannt gewordenen Fällen von syphili-

tischer Verengerung im unteren Theile des Pharynx kommen zwei von J. beobachtete Fälle.

In dem ersten derselben handelte es sich um einen 50jährigen Mann, bei welchem eine Stenose im Cavum pharyngo-nasale und eine zweite im Cavum pharyngo-laryng. entstanden war. Letztere bedingt durch ein fast horizontal von der Zungenwurzel nach der hinteren Wand des Pharynx gehendes narbiges Diaphragma. Operation und nachfolgende Dilatation mit einem nach J.'s Angabe hergestellten Dilatator, der Aehnlichkeit hat mit einer Pharynxzange.

Im zweiten Falle, bei einer 24jährigen Frau, lagen die Verhältnisse ganz ähnlich.

SEIFERT.

63) **D. Bryson Delavan. Der Einfluss gewisser diathetischer Zustände auf die Prognose bei Operationen im Halse. (The influence of certain diathetic conditions upon the prognosis in operations upon the throat.)** *N. Y. Medical Journal. 19. November 1892.*

D.'s Absicht ist, auf ein paar constitutionelle Zustände aufmerksam zu machen, welche mit einer oder zwei der gewöhnlicheren Formen von Halserkrankung einhergehen können, und zu studiren, ob in solchen Fällen die Operationsmethoden so einfach und gefahrlos, der Heilungsverlauf so glatt und der schliessliche Erfolg ein so dauerhafter ist, wie unter gewöhnlichen Verhältnissen.

Die Zustände, auf die Verf. sich bezieht, sind die Basedow'sche Krankheit, das Lymphadenom, die strumöse, die rheumatische und die hämorrhagische Diathese.

Um mit der Basedow'schen Krankheit und dem Lymphadenom zu beginnen, so bieten diese beiden Krankheiten Punkte von ausgesprochener Aehnlichkeit dar, soweit der Hals in Betracht kommt; in beiden sind die Tonsillen oft vergrössert und die Beschwerden der Kranken sind dadurch erheblich gesteigerte. Sofern nicht aus einem besonderen durch die Allgemeinerkrankung gegebenen Grunde dies contraindicirt ist, würde die geeignete Behandlung zur Beseitigung der Verstopfung die Entfernung der verstopfenden Drüsen sein. Nach D.'s Ansicht verdient die Tonsillotomie, die in diesen Fällen keine ungewöhnlichen Schwierigkeiten macht, hier den Vorzug.

Eine grosse Anzahl der schwereren Fälle von adenoider Schwellung im Halse betrifft strumöse Personen. Was das schliessliche Resultat der Operation in diesen Fällen anlangt, so sind die Schwierigkeiten betreffs vollständiger Beseitigung des störenden Gewebes hierbei entschieden ungleich grössere und die Fragmente, die man dabei zurücklassen kann, zeigen mehr Neigung, wieder zu wachsen, als sonst; gelegentlich werden sie so gross, dass eine zweite Operation erforderlich wird. Trotz der Diathese aber, oder gerade ihretwegen, ist es dringend nöthig, diese Fälle so bald als möglich zu behandeln, auch wenn es nöthig werden kann, in einer späteren Zeit noch einmal einzugreifen, weil eben die Anwesenheit der adenoiden Hypertrophie eine directe Prädisposition schafft für die Entwickelung ähnlicher Schwellungen in der unmittelbaren Nachbarschaft und weil die allgemeinen Wirkungen so peinlicher Natur sind, dass eine Behandlung gar nicht zu früh eintreten kann.

D. bespricht nun eine Diathese, die ein grösseres und actuelleres Interesse hat, nämlich den als Hämophilie bekannten Zustand, die hämorrhagische Diathese. Während die ausgesprochene, typische Hämophilie ein ziemlich seltenes Ereigniss ist, kommen doch solche Fälle zur Behandlung, in denen die Diathese hochgradig genug ist, um die Operation gefährlich erscheinen zu lassen. D. findet, dass die relative Zahl adenoider Schwellungen unter den hämophilen Kindern unverhältnissmässig gross ist. Dadurch wird das Problem, wie man sich ihnen gegenüber verhalten soll, ein ernsthaftes. D. weiss, dass die Aufmerksamkeit der Specialisten immer diesem besonderen Punkte zugewendet gewesen ist, und er hält auch seine sorgfältige Beachtung für geboten, gerade weil die Anschauung jetzt vorherrschend ist, dass zur Entfernung des adenoiden Gewebes im Rachen gewisse chirurgische Eingriffe vollständig erlaubt sind.

Während die Blutung nach der Tonsillotomie beim Kinde sehr selten ist, konnte Verf. einen Fall beschreiben, in dem die Hämorrhagie beunruhigend wurde, und dieser Fall betraf ein Kind, das fraglos ein Bluter war. Glücklicherweise liess sich die Blutung, die entschieden capillär war, noch stillen. Die Geschichte der adenoiden Hypertrophie im Rachengewölbe ist nicht so günstig. Der Galvanokauter kann die unmittelbare oder secundäre Blutung nicht mit Sicherheit verhüten. Hämophile Kinder scheinen in ungewöhnlichem Maasse an Halsstörungen zu leiden. Ist es nun nöthig, diese aus Furcht vor der Operation nach den bekannten Methoden ihrem Schicksal zu überlassen? Wir wollen hoffen, dass es möglich sein wird, Mittel zu finden, durch die auch solche Kinder leicht und ohne die Gefahren der jetzt üblichen Methoden werden geheilt werden können.

D. resumirt:

1. Eine sorgsame Untersuchung bezüglich der Möglichkeit des Bestehens von hämorrhagischer Diathese soll in jedem Falle vor der Operation vorgenommen werden.

2. Wo Hämophilie besteht, ist die Operation nach jedem zur Zeit bekannten Verfahren absolut contraindicirt.

3. Da manche von diesen Fällen aber dringend Hülfe verlangen, ist es sehr wünschenswerth, eine befriedigendere Methode als die bisher geübten zu finden.

LEFFERTS.

64) **Edmund Owen** (London). **Tödtlicher Fall von nicht erkannter Wirbelcaries. (Fatal case of unrecognised cervical caries.)** *British Medical Journal. Jan. 16. 1892.*

Vortrag vor der West London Medico-Chirurgical Society am 8. Jan. 1892. Die Patientin, ein Dienstmädchen, kam unter die Behandlung des Vortragenden wegen eines retropharyngealen Abscesses. Sie hatte starke Schmerzen in allen Zweigen des oberflächlichen Cervicalplexus und dem Bereich des grossen Occipitalnerven, und war augenscheinlich sehr krank. Der Abscess wurde geöffnet, die Patientin in Rückenlage immobilisirt, und eine Zeit lang erfolgte Besserung. Die Schmerzen aber hielten an, und nachdem die Patientin etwa 3 Monate lang in horizontaler Position gelegen hatte und und allmählig schwächer und

schwächer geworden war, trat Cheyne-Stokes'sche Athmung auf und sie starb. Die Obduction zeigte, dass das Ligamentum atlo-axoideum zerstört worden war, und dass der Processus odontoides auf das obere Ende des Rückenmarkes drückte. In der Gegend der obersten vier Cervicalnerven fand sich Suppuration. Der Vortragende sprach über den häufigen Irrthum, die Neuralgieen centraler Rückenmarkskrankheiten als blosse rheumatische Schmerzen anzusehen.

SEMON.

65) **Max Schäffer. Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. No. 7. 1892.*

45jähriger Mann, dessen Epiglottis und Lig. aryepigl. ödematös geschwellt waren; Sinus pyrifromis schmutzig roth, verstrichen. Gegen die starke Dyspnoe Incisionen und Einführen einer Schrötter'schen Hartcautschukcanüle, später plötzlicher Tod. Die Section ergab beträchtliche Herzvergrösserung mit Degeneration des Muskels, Lungen frei, die Gewebe um den Oesophaguseingang zu punktförmig von Eiter durchtränkt.

SCHECH.

66) **T. Heryng. Ueber benigne Pharynxgeschwüre. (O tagodnych owrzodzeniach gardzieli.)** *Gazeta lekarska. 1892. No. 7, 8.*

Die Arbeit ist in deutscher Uebersetzung in der Internationalen klin. Rundschau erschienen (No. 41, 42) und im Centralblatt referirt worden (Jhrg. 1891. S. 512).

T. HERYNG.

67) **Hajek** (Wien). **Scrophulöse Rachengeschwüre.** *Internation. klin. Rundschau. 1892. No. 33.*

Nach H. sind die Kennzeichen solcher Geschwüre:

1. Schlaffe Granulationen, Neigung zur Ausbreitung, reactionslose Umgebung, lange Dauer und Sitz an der hinteren seitlichen Rachenwand und an dem Velum.

2. Fehlen aller Symptome von Lues und Tuberculose.

3. Quecksilber erzeugt schnelles Fortschreiten der Geschwüre. Dagegen bringt Auskratzen und Aetzung mit Milchsäure rasche Neigung zur Heilung.

4. Heilung erfolgt mit Narben, die denen nach Lues sehr ähnlich sehen. Recidive erfolgen oft. Die Individuen zeigen deutliche Zeichen von Scrophulose.

CHIARI.

68) **T. Heryng. Ein Fall von geheilter Pharynxtuberculose. (Przypadek gruzlicy gardzieli zakoriczony wyteczeniem.)** *Gazeta lekarska. 1892. No. 31.*

Der Fall betrifft einen Kranken, den H. seit 5 Jahren in Behandlung hatte wegen chronischer Larynx- und Lungenphthise. Im Jahre 1887 wurden Bacillen und elastische Fasern im Sputum gefunden. Im Larynx Infiltration der hinteren Larynxwand und des rechten Stimmbandes, neben doppelseitiger Spitzeninfiltration constatirt. Vor Jahren hat Patient an Syphilis laborirt. — Unter Milchsäurebehandlung wurde Vernarbung der Larynxaffection erzielt (im Jahre 1888). Ein Jahr später Recidiv im Larynx, Infiltration der hinteren Larynxwand, Ulceratio marginalis am linken Stimmbande. — Heilung nach Curettement. Recidiv im Jahre 1891 an derselben Stelle, welche wiederum nach Curettement

ausheilte. Im October 1891 Eruption von einigen miliaren Knötchen auf der gerötheten Schleimhaut des Palatum molle. Die Knötchen verwandelten sich am nächsten Tage in flache Ulcera, traten sodann zahlreicher auf, waren bei der Berührung schmerzhaft und von Schwellung der Mucosa begleitet. — Die Geschwüre waren circa 1 mil. tief, mit scharfen Rändern, einige confluirten, während die Mehrzahl isolirt blieb. Unter Milchsäurebehandlung, später Pyoctaninpinselungen verheilten alle Geschwüre in ca. 18 Tagen.

Die Heilung hat sich bis dato bewährt. Im Kehlkopf feste Narben sowohl am rechten Stimmband, wie an der hinteren Larynxwand. Stimme relativ laut und rein. Lungenaffection langsam fortschreitend, bei ziemlich gutem Kräftezustand. — Die definitive Heilung im Larynx dauert nun über zwei Jahre.

Autoreferat.

69) **Percy Kidd** (London). **Tuberculöse Ulceration des Pharynx mit Milchsäure behandelt. (Tuberculous ulceration of pharynx treated by lactic acid.)** *Lancet. 19. November 1892.*

Vorstellung des Patienten in der Londoner Med. Gesellschaft.

MACKENZIE JOHNSTON.

70) **E. Welander** (Schweden). **Fall von Strictura pharyngis syphilitica. (Fall af strictura pharyngis syphilitica.)** *Hygiea. 1892. S. 427.*

33jähriger Pat.. Die primäre syphilitische Infection unbekannt. Das Schlucken war beschwerlich und wenn Pat. arbeitete, war die Respiration etwas erschwert. Pharynxwand narbig. Der Nasenrachenraum war, wegen Verwachsungen zwischen Gaumen und hinterer Schlundwand, nur durch eine sondenfeine Oeffnung mit dem unteren Theil des Schlundes in Verbindung. Der untere Theil der Pharynx war trichterförmig verengt und durch die kleine Oeffnung am unteren Ende des Trichters kam ein kleiner Theil des Epiglottis zum Vorschein.

SCHMIEGELOW.

71) **Carl Rosenthal** (Berlin). **Ueber Pharynxblutungen.** *Deutsche med. Wochenschrift. 1892. No. 21.*

Zusammenfassender Vortrag über das Thema. LANDGRAF.

72) **N. Sklifasowski** (Moscau). **Pharyngotomia subhyoidea.** *Chirurg. letop. 1892. No. 3.*

Zur Entfernung einer 7 cm langen und 5 cm breiten Geschwulst, die unter der Schleimhaut auf der hinteren Pharynxwand sass und vom ersten bis zum vierten Halswirbel reichte, bediente sich Verf. der Pharyngotomia subhyoidea. Nach Einführung der Trendelenburg'schen Trachealcanüle wurden die üblichen Weichtheile und die Mm. sternohyoidei und hyothyreoidei durchtrennt, worauf die Wunde weit klaffte und das ganze Operationsfeld offen lag. Die Schleimhaut über dem Tumor wurde durchschnitten und derselbe stumpf entfernt. Die Schleimhaut wurde theils vernäht theils tamponirt; Schliessung der äusseren Wunde. Am 5. Tage Entfernung der Canüle, am 9. Entfernung des Tampon; und am 39. Pat. gesund entlassen. Der Tumor war ein Sarcoma fusicellulare fibromatodes

angiomatodes. S. empfiehlt diese Operationsmethode auch zur Entfernung von Tumoren von der Zungenwurzel. LUNIN.

73) **Hellat** (Petersburg). **Ein Fall von linksseitiger Lähmung des Pharynx.** *Petersburger med. Wochenschr. 1892. No. 7.*

Die Lähmung betraf den Musc. constrict. pharyngis sup. Betheiligt war der Nerv. glossopharyng., vielleicht auch Aeste des Ttigeminus: Geschmacksempfindung und Sensibilität der Zunge intact. Die Ursache der Lähmung nicht eruirbar. LUNIN.

74) **Schütz** (Mannheim). **Ein Pharynxtonsillotom.** *Münchener med. Wochenschr. No. 40. 1892.*

Das von Sch. construirte Instrument soll die gründliche Exstirpation der Rachentonsille mit einer einzigen Schnittführung ermöglichen. Dasselbe besteht, ähnlich wie das Fahnenstock'sche Tonsillotom, für die Gaumenmandeln aus 3 Schienen, 2 Führungsschienen und einer dazwischen liegenden Zugschiene mit Messer. Die Krümmung ist dem Rachendach entsprechend. Das Instrument ist zu beziehen von W. Walb in Heidelberg in zwei Grössen. SCHECH.

75) **Epstein** (Pest). **Eine modificirte Rachen-Spritze.** Gesellsch. d. Aerzte in Pest, 6. Februar 1892. — *Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 7.*

E. hat an dem Kautschukansatze der Nasenrachenspritze auch seitlich und oben Löcher anbringen lassen, eine Modification, die schon lange besteht. CHIARI.

76) **S. Fischer** (Barcstelep, Ungarn). **Zwei Fälle von Retropharyngeal-Abscess in Folge von Influenza.** *Wiener med. Presse. 1892. No. 30.*

Die 2 Fälle betrafen Kinder mit sogenanntem idiopathischem Retropharyngeal-Abscess. Bei einem vereiterten auch Halslymphdrüsen. Incision. Heilung. CHIARI.

d. Diphtherie und Croup.

77) **J. B. Mc Connell. Der Bacillus der Diphtherie. (The bacillus of diphtheria.)** *Canada Record. October 1892.*

Die Entdeckung dieses Bacillus hat für den lokalen Ursprung der Erkrankung und damit für die rationelle Nothwendigkeit einer zeitigen und energischen antiseptischen Lokalbehandlung den Ausschlag gegeben. Sie hat uns ferner eine Methode gegeben, in zweifelhaften Fällen innerhalb 18 bis 24 Stunden sicher zu entscheiden, ob es sich bei einem kleinen Belage im Halse um Diphtherie oder um folliculäre Tonsillitis oder um sonst etwas handelt. Sie legt klar, dass die Krankheit ihre Verbreitung nur durch die abgestossenen Pseudomembranen findet und nicht durch die Athemluft (wofern nicht Theile von infectiösem Speichel oder

Schleim oder losgestossene Stückchen der Membran mit dem Exspirationsstrom herausgeschleudert werden) oder durch irgend ein anderes Körpersecret. Sie lehrt schliesslich, wie nothwendig eine sorgfältige und gründliche Desinfection aller Gegenstände ist, die mit dem Kranken in Berührung kommen.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

78) **H. Barbier. Ueber einen besonderen, bei den pseudomembranösen Anginen gefundenen Streptococcus. (Sur un streptocoque particulier trouvé dans les angines à fausses membranes.)** *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol. Nov. 1892.*

Die Bakteriologen spalten sich bekanntlich in zwei Lager: die einen nehmen an, dass die Streptococcen alle eine Art mit mehreren Varietäten bilden, die andere dagegen, dass die verschiedenen Streptococcen völlig unter einander verschiedene Arten bilden. Barbier fand bei pseudomembranösen Anginen allein oder zusammen mit dem Diphtheriebacillus einen Streptococcus, den er „Diplostreptococcus" nennt, da er sich immer unter dem Bilde des Diplococcus oder kurzer Reihen von Diplococcen zeigt; derselbe entwickelt sich besonders auf festen Böden, wie Glyceringelatine, Löffler'schem Serum etc. Auf der Gelatine ist sein Wachsthum fast gleich Null. In der Bouillon bildet er bei 35° viscöse Klümpchen, die von einander getrennt bleiben und die Bouillon trüben.

Was seine pathogenen Eigenschaften anlangt, so erzeugt der Streptococcus bei subcutanen Injectionen begrenzte kleine Abscesse; für Ratten, Mäuse und Meerschweinchen ist er nicht pathogen.

Interessant ist die Thatsache, dass dieser Microorganismus auf Schleimhäuten Pseudomembranen bildet; dieselben sind weiss, aber begrenzt und überschreiten die cauterisirte Schleimhaut nicht.

Vom klinischen Standpunkt aus betrachtet stellt sich die Sache so, dass der wenig bekannte Microorganismus unter zwei Bedingungen zu finden ist; einmal isolirt bei den pseudomembranösen Anginen, die nicht gerade schwer sind, dann aber auch im Verein mit dem Loeffler'schen Bacill; aber auch in diesem Falle handelt es sich um eine relativ geringe Diphtherie.

In allen Fällen hat die Gegenwart dieses Mikroorganismus vom prognostischen Standpunkt aus keineswegs dieselbe Bedeutung, wie die des Streptococcus pyosepticus, der nur bei den toxischen diphtheritischen Anginen zu beobachten ist.

J. BARATOUX.

79) **v. Schreider. Ueber Mischculturen von Streptokokken und Diphtheriebacillen.** *Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkunde. XII. 9. 1892.*

v. Schr. wiederholte die von Roux und Yersin angestellten Untersuchungen über die Wirkung von Mischkulturen von Diphtheriebacillen und Erysipelstreptococcus in grösserer Ausdehnung. Er fand, dass ein aus Mischkulturen gewonnener Alkoholniederschlag sich für Thiere bedeutend virulenter erwies als die aus Reinculturen der Diphtheriebacillen gewonnenen Albumosen. Diese tödteten Meerschweinchen erst nach 36 Stunden, jene bereits nach 10 Stunden.

SEIFERT.

80) **Tobiesen** (Kopenhagen). **Ueber das Auftreten von dem Löffler'schen Bacill im Schlunde von Individuen, die diphtheritische Angina durchgemacht haben. (Om Forekomsten af Löfflers Bacil i Svälget hos Individer, som have gennemgaaet difterisk Angina.)** *Nord. med. Archiv. 1892. Heft 5. No. 30.*

Vortrag in der 14. scandinavischen Naturforschersammlung gehalten. Schon früher referirt.

SCHMIEGELOW.

81) **Barbier. Die Mikroben der weissen Anginen und besonders der Diphtherie. (Microbes des angines blanches et en particulier de la diphthérie.)** *Rev. gen. de clinique. 13. Juli 1892.*

Die Diphtheritis ist der Typus der Intoxicationskrankheiten. Die Säfte, die Eingeweide, die Drüsen, überhaupt jeder Theil des menschlichen Organismus ausser der Pseudomembran und den entzündlichen Produkten der Schleimhaut ist frei von Diphtheriebacillen. Die Pseudomembran bildet den Ausgangspunkt, den Ort der Erzeugung der Gifte. Die infectiösen Keime kann man in den die Rachenschleimhaut bedeckenden Exsudaten finden, im eitrigen Sekret einer Coryza, im Larynx, in der Trachea und den Bronchien. Studirt man den Bacill in der Pseudomembran, so findet man ihn an der Oberfläche, wenn der Fall frisch ist; sehr häufig aber findet man an der Oberfläche nur fremde Mikroorganismen, pathogene oder nicht-pathogene, die eine wesentliche Rolle als secundäre Krankheitsträger spielen können. Der Bacill ist dann mehr in der Tiefe zu finden in den fibrinösen Lagern, wo er in Häufchen zusammenliegt; niemals aber dringt er in die tiefste Schicht der Pseudomembran ein und vor allem durchdringt er diese nie, um in die Schleimhaut selbst sich einzulagern.

Der erste Effekt des diphtheritischen Giftes ist die Abtödtung der lymphatischen Zellen; seine zweite Wirkung ist die Bildung einer hyalinen Substanz, die sich nicht nur auf Kosten des mortificirten Gewebes aus Zelltrümmern aufbaut, sondern auch aus Bindegewebe und Muskelsubstanz. Das diphtheritische Gift, einmal resorbirt, bringt Veränderungen in den inneren Organen hervor und wird durch den Urin ausgeschieden. Die Ausscheidung erfolgt langsam, in Uebereinstimmung damit, dass das Gift wenig diffusibel ist. Der Verf. empfiehlt die frühzeitige und vollständige Beseitigung der Pseudomembranen, die Irrigation des Halses, ferner den Gebrauch einer Substanz, deren antiseptische Eigenschaften gegenüber dem Bacill bekannt seien.

In Summa: Die weissen Anginen werden durch eine Anzahl von Bakterien erzeugt, unter denen man den Diphtheriebacillus und den Streptococcus oder die Streptococcen an die Spitze stellen muss. Das klinische Bild dieser Erkrankungsformen wechselt in seinem Symptomcomplex je nach der Natur des Falles: sie können sich aber auch gegenseitig compliciren; darum ist eine bakteriologische Untersuchung nöthig, besonders wenn es sich darum handelt, rechtzeitig wirksame Massnahmen betr. die Isolirung des Kranken zu treffen.

J. BARATOUX.

82) **Huguenin. Die Schwierigkeiten der Diagnostik der weissen Anginen und ihrer Behandlung. (Difficultés du diagnostic des angines blanches et du traitement de ces angines.)** *Concours méd. 1892. p. 459.*

Verf. ist der Ansicht, dass man für die Differenzirung der einen von den

andern der verschiedenen Spielarten von Anginen nicht auf das klinische Bild rechnen dürfe. Wo man über die Natur der Angina in Zweifel sei, ist es angebracht, alle Kranken mit weissen Anginen zu isoliren und ihnen eine streng antiseptische Behandlung zu Theil werden zu lassen. H. räth die Kranken Eis nehmen zu lassen, ferner kalte kohlensäurehaltige Getränke, kalte alkalische Milch etc., ausserdem Ausspülungen des Mundes, Gurgeln, Entfernung der Pseudomembranen etc.

J. BARATOUX.

83) **Beverley Robinson. Bericht über ein paar Fälle von membranöser Halserkrankung. (Report of some cases of membranous sore throat.)** *N. Y. Med. Journ. 24. Decemb. 1892.*

R. schreibt über die Prophylaxe und Behandlung der membranösen Halserkrankung Folgendes: „Ich gebrauche den Ausdruck membranös mit Absicht, denn müssen wir es nicht täglich in der Praxis sehen, wie schwer es hält, diese und jene Form von Halserkrankung genau in ihrer besonderen Art zu bestimmen? Bieten sie doch alles in allem nur einen absolut allgemeinen bestimmten Zug dar, dies ist die Anwesenheit einer Pseudomembran an den Tonsillen, den Fauces oder im Rachen.

Es giebt Leute, die gegen diese Behauptung auftreten und behaupten, dass wir nach den neuesten Errungenschaften der genaueren bakteriologischen Forschungen jetzt die Fälle mit genügender Sicherheit unterscheiden und bei jeder Halserkrankung beurtheilen können, welcher Art sie zugehört. Zweifellos ist dies wahr und wir haben wenig oder gar keine Schwierigkeit, in einem Falle eine positive Diagnose zu stellen. Daneben aber giebt es andere Fälle, deren Natur unklar bleibt und sie nehmen unsern ganzen ärztlichen Scharfsinn in Anspruch, wenn wir sie richtig behandeln und mit voller Erkenntniss der Lage das thun sollen, was das Wohl des Patienten, seiner Angehörigen und seiner Umgebung, ja wir möchten sagen der Allgemeinheit erfordert."

Verf. giebt zur Illustration die Geschichte von 3 Fällen und fährt dann fort: „Es ist klar, dass die älteren Methoden der Unterscheidung zwischen wahrer und falscher Diphtherie nicht mehr ebenso befriedigen wie früher, oder richtiger gesagt, sie sind noch unbefriedigender als früher. Der Grund hierfür liegt darin, dass die Bakteriologie uns lehrt, dass sich gewöhnlich diese Fälle nur mit Hülfe des Mikroskops und mittelst Cultur und Impfung beurtheilen lassen. Die sichtbaren Erscheinungen der Pseudomembran sowie der anderen klinischen Symptome sind häufig irreführend in diagnostischer wie in prognostischer Beziehung. Eine Membran kann weiss oder schmutzig-grau sein, kann wohl auch fest der darunter liegenden Schleimhaut anhaften und beim forcirten Ablösen eine Geschwürsfläche zurücklassen und doch braucht das Mikroskop nur verschiedene Coccenarten zu erweisen und der Pat. kann sterben oder genesen, je nach der Schwere des Krankheitsverlaufs, der klinischen Symptome und ihrer Folgen.

In anderen Fällen können die klinischen Symptome ganz dieselben sein und Mikroskop und Cultur können den wahren Diphtheriebacillus enthüllen. Auch in diesen Fällen kann der Ausgang günstig oder letal sein. Wir müssen aber zugeben, dass der Procentsatz der Todesfälle in diesen letzteren Fällen viel grösser

ist, als in den Fällen, wo blos Coccen zu finden sind. In der Praxis fühlen wir uns dann sehr viel erleichtert, wenn der Ausfall der Cultur günstig ist, selbst wenn die Krankheitssymptome bedrohliche sind. Ist aber der Diphtheriebacillus nachgewiesen, so werden wir, selbst wenn der anfängliche Krankheitsverlauf augenscheinlich mild ist, die Furcht vor dem wahrscheinlich schwereren Verlauf nicht los. Was nun die medicamentöse Behandlung anlangt, sollen wir da jetzt einen Unterschied machen? Ich glaube nein, soweit ich gegenwärtig dies entscheiden kann. Dieselben localen und allgemeinen Agentien sollen angewendet werden und in jedem Fall muss der Hals in geeigneter Weise desinficirt und der Organismus gegen die Intoxication durch zweckmässige lokale und allgemeine Mittel geschützt werden.

Was den Gebrauch des Schwefels anlangt zur Desinfection der Räume und Zimmer nach einem Fall von Halserkrankung und besonders nach derjenigen Erkrankungsform, die ich auch weiterhin als „membranöse Halserkrankung" bezeichnen werde, so möchte ich nachdrücklichst betonen, dass ich dieses für eine sehr schädliche Methode halte; vor allem aber halte ich diese Methode für ein practisch ganz nutzloses Desinfectionsmittel.

Was die Cubeben-Behandlung betrifft, so zweifle ich auch jetzt keinen Augenblick, dass Cubeben einen ganz bemerkenswerthen Heileffect in allen verschiedenen Formen von Halserkrankung hat — nicht nur in den unschuldigen, die gewöhnlich gut werden bei jeder Behandlung, sondern auch in den schweren Formen, die ich bisher immer für Fälle von wirklicher Diphtherie gehalten habe.

Quecksilberbichlorid ist nach meiner Meinung, wenn man es mehrere Tage beständig in grossen Dosen giebt, mit Recht zu verwerfen wegen seines allgemein deprimirenden Effectes und der möglichen zersetzenden Einwirkung auf das Blut. Ausserdem aber war ich niemals im Stande, einen entschieden günstigen Einfluss von diesem Mittel, bei interner Darreichung, in einem Falle von echter Diphtherie zu beobachten. Gerade das Umgekehrte aber ist bei Cubeben der Fall."

LEFFERTS.

84) **A. M'Phedran. Diphtheritis. Tod infolge von Embolie der Basilararterie. (Diphtheria. Death from embolism of the basilar artery.)** *Canadian Practitioner. 1. October 1892.*

Die Pat. war ein Mädchen von 12 Jahren; die Symptome im Halse waren mild.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

85) **Redactionelle Notiz. Infectiöses Erythem bei Diphtheritis. (Infectious erythema in diphtheria.)** *N. Y. Med. Record. 22. October 1892.*

Mehrere Arten von Erythem kommen mehr oder weniger constant bei der Diphtheritis vor — das polymorphe, das röthelnartige, das scarlatinoide und das desquamative scarlatiniforme. Oft sind diese vorübergehend. Manche sind schwer zu erkennen, so das Purpura-Erythem. Solche Ausschläge sind von ernsterer Bedeutung für die Prognose, wenn sie in einem späten Stadium der Krankheit auftreten.

LEFFERTS.

86) **Rayonneau. Croup und seine Behandlung. (Croup et son traitement.)** *Revue de laryngologie. 15. April 1892.*

Drei Indicationen liegen vor: 1. Bekämpfung des spasmodischen Elements. 2. Verhütung der Vergiftng des Nervensystems von dem diphtheritischen Exsudat aus. 3. Erhaltung der Kräfte und Unterstützung des Organismus durch möglichst reichliche Ernährung. E. J. MOURE.

87) **Prager. Diphtheritis-Therapie.** *Kinder-Arzt. III. 129—131. 1892.*

Dem Referenten nicht zugänglich. SEIFERT.

88) **Hue. Eine alte Behandlungsweise der Diphtherie. (Un vieux traitement de la diphthérie.)** *Normandie méd. 1892. p. 383.*

Der Verf. berichtet über die Beobachtung eines Praktikers, der bemerkt hatte, dass im Verlaufe mörderischer Diphtheritis-Epidemien, welches auch die Behandlung war, ausschliesslich diejenigen Kranken heilten, die spontan Durchfälle bekamen und die reichlichen Speichelfluss hatten. Auf diese Beobachtung gestützt, gab der Arzt Calomel in kleinen Dosen, um Diarrhoe herbeizuführen; Speichelfluss erzielte er, indem er den Hals und die geschwollenen Drüsen mit Neapolitanischer Salbe einrieb. Seit er diese Therapie eingeführt hat, bilden letale Fälle nur noch die Ausnahme. J. BARATOUX.

89) **N. Filatow** (Moscau). **Diphtheritis-Therapie. (O letschenii diphtherita.)** *Med. obosr. 1892. No. 13.*

Ein Vortrag, gehalten im Verein der Kinderärzte, in dem sich F. vollkommen auf den modernen Standpunkt stellt, ohne jedoch etwas Neues zu sagen. Die Krankheit beginnt local und deshalb ist es nothwendig, sie möglichst früh anzugreifen und die Löffler'schen Bacillen zu vernichten. Vortr. gebraucht (anfangs) Pinselungen mit Jodtinctur und dann mit Sublimat 1:1000. Da aber die Bacillen nicht nur in den Belägen, sondern auch im Mundspeichel gefunden werden, so empfiehlt F. noch Spülungen mit Borsäure 3 pCt., Essigsäure und Natr. salicyl. Wo der Pharynx entzündet ist, thun Eispillen gute Dienste. Von Einreibungen mit grauer Salbe sei nur etwas bei der Mitbetheiligung des Kehlkopfs zu erwarten. Innerlich giebt F. Kali chlorici und Acid. muriat. nach der Heyder'schen Angabe oder Liq. ferri.

Das Hauptgewicht legt aber Vortr. auf das frühe Erkennen der Krankheit und deshalb wäre es wünschenswerth, dass das Erkennen der Löffler'schen Bacillen möglichst bald Gemeingut der praktische Aerzte werde. LUNIN.

90) **Francisco Quinnones** (Habana). **Salicylsäurebespülungen bei Diphtherie. (Irrigacions de acido salicilico en la difteria.)** *Revista de ciencies médius de la Habana. 1892. Februar 20.*

Verf. hat ein 9jähriges Mädchen mit der Salicylsäure nach Parisot, Natronbenzoat, Borsäure, alkoholischer Carbolsäure-Kupferlösung und 2 pCt. Sublimatlösung behandelt und vollkommen geheilt. Nach dreimonatlichem Chinawein- und Hampton'schem Pepton-Elixir-Gebrauch war das Kind stark und kräftig, indem auch die leichte Gaumensegellähmung bald verschwand.

GONGORA.

91) **Jaenicke** (Görlitz). **Ueber Methylviolett bei Diphtherie.** *Therap. Monatsh. Juli 1892.*

J. empfiehlt, dieses Heilmittel alle 2—5 Stunden mittelst eines Wattebauschs einzureiben, da es die in der diphtherischen Membran befindlichen Löffler'schen Bacillen wahrscheinlich in ihrer Entwickelung hemmt, was um so eher geschehen dürfte, als es in dem Epithel der Mundschleimhaut und in den Pseudomembranen ungewöhnlich lange haften bleibt, und weil es schliesslich relativ ungiftig ist.

A. ROSENBERG.

92) **M. Thrasher. Eucalyptol bei Diphtherie. (Eucalyptol in diphtheria.)** *Journ. Am. Med. Assoc. 29. October 1892.*

Th. verwendet eine 10 pCt. Lösung von Eucalyptol in reinem Alcohol und applicirt diese local auf das Exsudat einstündlich Tag und Nacht, ebenso innerlich einstündlich zusammen mit Chinin, Eisen und Quecksilberbichlorid.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

93) **J. E. Pryor. Zur Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *Med. and Surg. Reporter. 19. November 1892.*

P. warnt vor dem Gebrauch der Antipyretica.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

94) **Frangopulo** (Asow). **Zur Therapie der Diphtheritis. (K letschenijn diphtheriis.)** *Russ. med 1892. No. 16.*

4 Fälle behandelt mit Pinselungen von Sublimat 1 : 500 und Spülungen 1 : 5000. Heilung.

LUNIN.

95) **Francisco Ledesma** (Madrid). **Das Quecksilberjodid bei der Diphtherie. (El bilodure de mercurio en el tratamiento de la angina diftérica.)** *Anales di Obstetricia, ginecopatia y Pediatria. 1892. September.*

Verf. hat in 4 Fällen von Pharynxdiphtherie eine Lösung von 2 g Jodkalium und 0,20 Quecksilberjodid in 200 g Wasser zum Zerstäuben (alle drei Stunden) verschrieben und daneben Citronensaft zum Touchiren verwendet. Drei der Kranken (Mädchen von 9 und 7 Jahren, Knabe von 9 Jahren) genasen; der vierte (Knabe von 2 Jahren) starb, weil die Krankheit auch den Kehlkopf ergriffen hatte. Daraus zieht Verf. den Schluss, dass das Quecksilberjodid zwar in der Rachendiphtherie das beste örtliche Mittel ist, das er kennt, in der Kehlkopfdiphtherie aber ebenso unwirksam ist wie alle anderen Mittel.

GONGORA.

96) **Lescure. Recepte für die Behandlung der Angina diphtheritica. (Formules pour le traitement de l'angine diphthéritique.)** *Semaine méd. 1892. No. 50.*

Mehrmals täglich Pinselungen mit:

Acid. chromic. 2,0
Aq. dest. . . . . 5,0.

Darauf Pinselung des Halses mit einem in eine 4proc. Lösung von Coaltar sapon. getauchten Pinsel.

Ferner dreimal täglich Pinselungen mit:

Acid. tannic.	6,0
Glycerin.	30,0.

Schliesslich esslöffelweise in 24 Stunden zu nehmen:

Alcohol. Eucalypt. . .	3—10,0
Aq. gummos.	90,0
Syr. cort. Aurant. . .	50,0.

J. BARATOUX.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

97) **Felix Semon** (London). **Ein Fall von (?) congenitaler Missbildung des Kehlkopfs und der Trachea mit (?) einem Divertikel des Oesophagus. (A case of (?) congenital malformation of the larynx and trachea with (?) diverticulum of the oesophagus.)** *Transactions of the Clinical Society. Vol. XXV. 1892.*

Die Patientin, ein 16jähriges Mädchen, kam im Beginn des Jahres 1892 in das St. Thomas Hospital, mit der Klage über ein Gefühl von Schwellung im Halse und gelegentliche Regurgitation von unverdauter Nahrung eine Stunde oder mehr nach den Mahlzeiten. Sie hatte hieran schon seit längerer Zeit gelitten, und besonders bemerkt, dass das Weisse von hartgekochten Eiern anderthalb Stunden nach der Mahlzeit in ihren Mund zurückgekommen war.

Pharynx und Oesophagus waren, soweit sichtbar, vollständig normal, und Bougies von verschiedenen Stärken wurden, ohne einem Hinderniss zu begegnen, leicht durch den Oesophagus in den Magen eingeführt. Dagegen erregte schon die äussere Configuration des Halses Aufmerksamkeit.

Es zeigte sich, dass die rechte Hälfte des Schildknorpels mehr prominirte, als dies bei Frauen der Fall zu sein pflegt, und ferner, dass der Kehlkopf eine viel tiefere Stellung im Halse einnahm als gewöhnlich, indem die Entfernung zwischen dem prominirenden Theil des Schildknorpels und dem Kinn 2 Zoll betrug, während die Distanz zwischen demselben Theil und dem Jugulum sich nur auf anderthalb Zoll belief. Die Prominenz, sowohl wie die Verlagerung sind sehr auffallend für das Auge.

Bei der Palpation des Kehlkopfs findet sich, dass die beiden Hälften des Schildknorpels vorn nicht mittelst einer festen korpeligen, sondern nur mittelst einer dünnen, ligamentösen Verbindung zusammenhängen, und dass der Fingernagel leicht in die auf diese Weise zu Stande kommende Spalte eingeführt werden kann. Die rechte Hälfte des Schildknorpels überragt auch deutlich die linke.

Bei der laryngoscopischen Untersuchung zeigt sich ein sehr auffallendes Bild. Die rechte Hälfte des Kehlkopfs steht etwas höher als die linke, aber die bemerkenswertheste Eigenthümlichkeit des Kehlkopfbildes ist die, dass man direkt in den rechten Morgagni'schen Ventrikel hineinsehen kann, und dass das rechte Stimmband seiner ganzen Breite nach sichtbar ist, eine

Sachlage, wie sie dem Beobachter früher niemals zu Gesicht gekommen war. Die Stimmbänder bewegen sich in normaler Weise bei der Respiration und berühren einander völlig beim Phoniren.

Unmittelbar unterhalb des Kehlkopfs scheint die Trachea von aussen rechts her nach links verschoben zu sein, und die rechte Seitenwand ist eine Strecke lang deutlich sichtbar. Da, wo sie weiter unten zu der normalen Lage zurückkehrt, beginnt anscheinend eine ähnliche Verschiebung in der linken Seite, und am untersten Punkte des Gesichtsfeldes, d. h. da wo man unter normalen Umständen die Bifurcation der Trachea zu sehen erwartet, scheint es, als ob die linke Seitenwand durch einen äusseren Einfluss stark nach innen gedrängt würde. An dieser Stelle lässt sich bei guter Beleuchtung eine sehr starke Pulsation sehen, wie sie der Trachealwand durch ein unmittelbar anliegendes sehr grosses Gefäss mitgetheilt werden würde. Bei der äusseren Untersuchung des Halses und der Brust aber ergiebt sich keine Erklärung irgend welcher Art für diese anscheinende Verlagerung der Luftröhre. Weder im Hals noch im Thorax findet sich ein Aneurysma oder eine andere Geschwulst, von der man denken könnte, dass sie die Trachea comprimirte und überhaupt sind weiter keine Anomalien zu finden. Es wurde auf fühlbare Trachealpulsation gefahndet, solche aber nicht entdeckt.

Der Beobachter war nicht im Stande, diese anscheinenden Missbildungen des Kehlkopfs und der Trachea zu erklären; weder in der Familiengeschichte noch in den Antecedentien der Patientin selbst fand sich irgend welcher Anhaltspunkt. Congenitale Missbildungen in der Familie sind nicht vorhanden, und die Kranke selbst hat, so weit bekannt, niemals eine Verletzung erlitten, auf die man die vorhandenen Verhältnisse zurückführen könnte. Auch die Oesophagusaffektion ist ziemlich dunkel, obwohl sie aller Wahrscheinlichkeit nach auf das Bestehen eines Divertikels hinweist.

Es war dem Beobachter nicht bekannt, dass ein ähnlicher Fall jemals berichtet worden sei, und er demonstrirte den Fall am 25. März 1892 vor der Clinical Society of London, in der Hoffnung, Aufklärung zu erhalten. Diese Hoffnung erfüllte sich jedoch nicht, obwohl die Patientin allerseits mit grösstem Interesse untersucht wurde. Autoreferat.

98) **L. A. Dessar. Ein Fall von nicht-specifischem Abscess der Epiglottis. Heilung. (A case of non-specific abscess of the epiglottis. Recovery.)** *Intern. Journ. of surgery. November 1892.*

Die Geschwulst wurde incidirt und eine beträchtliche Menge Pus entleert. Das Vorkommniss ist selten, die Aetiologie nicht bekannt.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

99) **S. Plateau. Pachydermie des Kehlkopfs und der Epiglottis. (Pachydermie du larynx et de l'epiglotte.)** *Revue internation. de rhinol. No. 11. 1892.*

Verf. bespricht einige besondere und interessante Punkte hinsichtlich der Natur der Pachydermie und ihrer verschiedenen Erscheinungsformen. Drei Abbildungen mikroskopischer Präparate sind der Arbeit beigegeben.

E. J. MOURE.

100) **A. Sokolowski. Einige Bemerkungen zum Erysipelas laryngis. (Kieka uwag o rozy krtani.)** *Gazeta lekarska. No. 32. 1892.*

Nichts Neues.

T. HERYNG.

101) **Sokolowski. Einige Beobachtungen bezüglich des Kehlkopferysipels. (Quelques observations relatives à l'erysipèle du larynx.)** *Archiv internat. de laryngol., rhinologie et d'otologie. Bd. 5. No. 2. 1892.*

S. theilt einige interessante Kehlkopffälle mit. In dem ersten wurde die Diagnose auf eine nicht gerade angenehme Weise klargestellt, nämlich durch die Ausdehnung des Erysipels auf das Gesicht. Die Kranke kam zur Heilung. Im zweiten Falle griff das Erysipel, das den Anblick einer phlegmonösen Laryngitis geboten hatte, ebenfalls auf das Gesicht über. Diese Patientin starb. Culturen ergaben in beiden Fällen Streptococcen.

E. J. MOURE.

102) **E. Baumgarten** (Budapest). **Larynxödem nach Jodkaligebrauch.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 9.*

Im Anschluss an die Veröffentlichung Rosenberg's über obige Frage berichtet B. einen von ihm beobachteten Fall von Kehlkopfoedem nach Jodkalium, von dem er jedoch zweifelhaft lässt, ob nicht Menstruationsstörungen dabei eine Rolle spielten.

LANDGRAF.

103) **X. Gefahren bei der intralaryngealen Application von Calomel.** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 41.*

Hinweis auf den von Kannasagi in der Seifert'schen Poliklinik beobachteten Fall von Anätzung der Kehlkopfschleimhaut durch Calomel bei einem Individuum, welches Jodkali nahm.

LANDGRAF.

104) **Moritz** (Manchester). **Primärer Lupus des Kehlkopfs. (Primary lupus of the larynx.)** *Brit. Med. Journal. 27. Februar 1892.*

Vorstellung des Patienten in der Manchester Medical Society.

MACKENZIE JOHNSTON.

105) **Lennox Browne** (London). **Lupus des Gaumens, der Zunge, des Kehlkopfs und der Nase. (Lupus of the palate tongue larynx and nose.)** *Medical Press. 22. März 1892.*

Klinischer Bericht über einen Fall. Die Behandlung bestand im Curettement, Milchsäureapplication und einigen Tuberculocidin-Injectionen, die indess keine Reaction herbeiführten.

MACKENZIE JOHNSTON

106) **K. Sagrodski. Ein Fall von Tuberculosis laryngis behandelt mit Milchsäure. (Slutschai bugortschatki gortani, polsuwanni molotschnoi kislotoi.)**

Behandelt mit Curettement in Acid. lact. von 10—60 pCt.; fortschreitende Besserung.

LUNIN.

107) **Irsai** (Pest). **Fälle von Rachen- und Larynxsyphilis.** Demonstrirt in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest. 19. November 1892. — *Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 48.*

In 2 Fällen, wo eigentlich die Tracheotomie nothwendig gewesen wäre,

wurde durch intramusculäre Injectionen von 5 proc. Sublimatlösung in die Glutaei Heilung herbeigeführt. Nach Lukaziewicz wurde jede Woche nur eine Injection gemacht und zwar in einem Falle 3 und im anderen 7, im dritten Falle wurde tracheotomirt, weil sich unter den Stimmbändern grosse Wülste fanden. Später wurde völlige Heilung durch dieselben Injectionen erzielt.

Johann Bokai räth bei solchen Stenosen die Intubation an, da er zwei derselben mit der Intubation völlig geheilt hatte. Dieser Ansicht schliesst sich auch Polyak an. Ostermaier hat auch von den starken Sublimatinjectionen gute Erfolge gehabt bei Syphilis anderer Organe. CHIARI.

108) Lacoarret. **Typhöse Perichondritis des Ringknorpels und der Trachea. (Perichondrite typhique du cricoide et de la trachée.)** *Journ. de Méd. de Bordeaux. 8. Mai 1892.*

Der Pat. erkrankte einen Monat nach seinem Typhus unter entzündlichen Erscheinungen am Halse; es bildete sich vorn an demselben eine Geschwulst, die incidirt wurde. Mit dem Messer fühlte man die beiden ersten Trachealringe, die entblösst dalagen. Im Kehlkopf nichts Abnormes, einfach leichte Röthung desselben. E. J. MOURE.

109) P. Tissier. **Einige Betrachtungen anlässlich eines Falles von Laryngotyphus. (Quelques considerations à propos d'un cas de laryngo-typhus.)** *Ann. de médecine. 1892. No. 51. p. 403.*

Verf. beschreibt einen Fall von Laryngo-Typhus, der im Laufe eines Typhus mit einer catarrhalischen Laryngitis mit folliculären Erosionen begann; eine rapide sich steigernde Dyspnoe machte die Tracheotomie und die Laryngotomie nöthig, letztere zur Vermeidung der so häufigen Verletzungen des Ringknorpels, besonders an seiner hinteren Partie. Am Anschluss an die Perichondritis kommt es zur Zerstörung und zur Ausstossung eines Stücks des Ringknorpels mit einer fibrösen schrumpfenden Narbe. Auch hat man dafür Srge zu tragen, dass die Canüle nicht zu früh fortgenommen wird. J. BARATOUX.

110) W. A. Dunn. **Acute Perichondritis des Kehlkopfs. (Acute perichondritis of the larynx.)** *The Clinique. 15. August 1892.*

Eine klinische Vorlesung, ohne besonderes Interesse.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

111) J. J. Green. **Absolute Ruhe des Organs als beste Behandlungsweise bei Krankheitsprocessen an den Stimmbändern. (Absolute rest of the parts the best treatment for lesions of the vocal cords.)** *Med. Record. 9. Juli 1892.*

Manche Aerzte glauben, dass das „Flüstern" die Stimmbänder nicht reizt und darum erlaubt werden darf. Dies ist nach G.'s Meinung ein Irrthum; in jedem Fall von laryngaler Störung, auch wenn diese noch so leicht ist, soll absoluter Nicht-Gebrauch der Stimme verlangt werden.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

112) **P. Heymann. Beitrag zum Studium der Fracturen der Kehlkopfknorpel. (Contribution à l'étude des fractures des cartilages du larynx.)** *Archives internat. de laryngol. de rhinol. et d'otolog. Bd. 5. No. 5. 1892.*

Alle Brüche des Larynx sind gewöhnlich von recht ernsten Symptomen begleitet. Verf. berichtet aber hier über einen Fall, der nur unerhebliche Symptome machte. Es ist dies der erste Fall, in dem man am Lebenden bei nur leichten Symptomen mit dem Kehlkopfspiegel die Diagnose auf Fractur stellen konnte.

E. J. MOURE.

113) **P. Heymann. Fractur des Ringknorpels.** *Münchener med. Wochenschrift. No. 44. 1892.*

Demonstration eines solchen Falles, der zur Heilung nur 12 Tage gebrauchte.

SCHECH.

114) **Schloessing** (Insterburg). **Ueber einen Fall von Fractur des Ringknorpels und Larynxstenose.** Dissertation. Erlangen 1891.

Ein 37jähriger Mann wurde überfahren und erlitt einen Bruch des Unterkiefers und der rechten Scapula. Bald danach traten allmälig zunehmende Athmungsbeschwerden ein, die Sprache war ziemlich rein. Erst 6 Wochen nach der Verletzung Tracheotomie. Zur Dehnung der Stenose, welche wegen ihrer Enge und wegen Schiefstand des Kehlkopfes die gewöhnlichen Behandlungsmethoden ausschloss, mussten eigene Dilatatoren construirt werden. Die Intubation war zur Zeit, als der Fall beobachtet wurde (1885) noch nicht bekannt.

SEIFERT.

115) **Balta** (Klausenburg). **Die Verletzung des Schildknorpels und des Zungenbeins beim Selbsthängen.** *Pester med. chirurg. Presse. 1892. No. 52.*

Ein Fall von mehrfacher Fractur des Schildknorpels und des Zungenbeines bei einem 50jährigen Selbstmörder. Einzelne Besonderheiten müssen im Originale nachgelesen werden.

CHIARI.

116) **S. Wladislawlew** (Petersburg). **Schnittwunde des Halses mit Verletzung des Kehlkopfs. (Slutschai poresannoi rani na schee s obschirnim raneniem gortani.)** *Boln. gazet. 1892. No. 9.*

Im Anfall von Säuferwahnsinn hatte sich Pat. eine tiefe Schnittwunde am Halse beigebracht und dabei die oberflächlichen Weichtheile in dem Schildknorpel, in der Höhe der Giesbeckenknorpel, durchschnitten. Die Wunde klaffte weit und das ganze Larynxinnere lag blos. Tracheotomie, Naht, Heilung per primam, trotz Delirium tremens. Pat. wird mit etwas heiserer Stimme entlassen. Laryngoscop. Untersuchung: Starke Röthung und Schwellung der Taschenbänder in den aryepiglottischen Falten; die Muskeln des Kehlkopfes reagiren gut.

LUNIN.

117) **C. Aubert. Ein Blutegel im Kehlkopf. (Une sangsue dans le larynx.)** *Archives de laryng. de rhinol. et d'otol. Bd. V. No. 2. 1892.*

Der Blutegel wurde in leerem Zustande verschluckt; er setzte sich im

Larynx fest und erreichte dort in 7 Tagen eine solche Grösse, dass die Tracheotomie nöthig wurde. Aus der Trachealöffnung liess sich der Blutegel leicht herausziehen und die Kranke war bald wieder ganz gesund. E. J. MOURE.

118) **Granholm** (Finland). **Corpus alienum im Larynx. (Fremmande kropp i larynx.)** *Finska Läkaresellskapets. Handlinger. XXXIV. S. 526.*

Während des Spielens mit Kohlen bekam ein 13 Monate altes Kind heftige Erstickungsanfälle, die eine Cricotracheotomie erforderlich machten. Eine gebogene Sonde wurde mehrmals von der Tracheotomiewunde aus in den Larynx geführt, und danach wurde die Wunde sogleich vernäht. Später blieb die Respiration frei. SCHMIEGELOW.

119) **H. M. Biggs. Plötzlicher Tod durch Einklemmung eines Fleischstücks im Kehlkopf. (Sudden death from impaction of meat in the larynx.)** *N. Y. Med. Record. 19. November 1892.*

Der Mann sass essend im Restaurant, man sah, wie er plötzlich hustete und einen Krampf bekam; im selben Moment war er todt. Von Bedeutung in diesem Berichte ist das Eintreten eines leichten Krampfes. Bei der Autopsie fand man ein grosses Fleischstück so gelagert, dass es den Larynx absolut verschloss. Der Tod erfolgt in diesen Fällen sicherlich nicht einfach durch Erstickung; ob er aber durch eine reflectorische Hemmung der Herzaction bedingt ist oder nicht, ist schwer zu entscheiden. LEFFERTS.

120) **Rundle. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign body in the air passages.)** *Brit. Med. Journal. 26. November 1892.*

Mittheilung zweier Fälle in der Southern Branch (Hants) der B. M. A. In dem einen verschluckte ein Kind von 9 Jahren einen Hühnerknochen, im zweiten Falle eine Frau einen Kirschkern. In beiden Fällen wurde die Tracheotomie gemacht, im zweiten mit gutem Resultat. MACKENZIE-JOHNSTON.

121) **Mauclaire. Die Tracheotomie. (De la tracheotomie.)** *Gazette des hopit. 1892. No. 93. p. 83. 13. August 1892.*

Eine allgemeine Uebersicht, in der M. nach einander die Indicationen und Gegen-Indicationen, die Operationstechnik, die verschiedenen Methoden und die Complicationen der Operation und schliesslich die präliminäre Tracheotomie mit oder ohne Tamponade der Luftwege der Besprechung unterzieht.

J. BARATOUX.

122) **B. B. Davis. Drei Fälle von Tracheotomie. (Three cases of tracheotomy.)** *Omaha Clinic. October 1892.*

D. betont die Wichtigkeit der frühzeitigen Operation.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

123) **Coculet. Zwei Fälle von Tracheotomie bei Kindern nach der gemischten Methode mit Thermocauter und Messer. (Deux cas de trachéotomie chez des enfants par la methode mixte thermocautère et bistouri.)** *Revue internation. de rhinologie. Octoher 1892.*

Verf. rühmt den Thermocauter; denn bei der bestehenden Turgescenz des

Halses, meint er, führt das Messer leicht zu einer schweren Blutung und zweitens greift auf den Platz, den der Brenner schafft, weniger leicht die diphtherische Infection über.

E. J. MOURE.

124) **Sennft. Larynxtubage in der Landpraxis.** *Zeitschr. f. ärztliche Landpraxis. 69. 1892.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

SEIFERT.

125) **Max Scheier. Die Intubation des Kehlkopfs. (De l'intubation du larynx.)** *Archives de laryngol. No. 6. November und December 1892.*

Soviel Anerkennung der Verf. auch der Intubation zollt, ist er doch der Meinung, dass sie niemals die Tracheotomie bei der Kehlkopfdiphtherie ganz ersetzen wird. Dagegen wird die Intubation bei den Fällen von Kehlkopfverengerung nach Fractur oder in Folge von Syphilis die grössten Dienste leisten.

E. J. MOURE.

126) **J. B. Ball** (London). **Ein Bericht über 22 Fälle von Intubation des Kehlkopfs. (A report of twenty two cases of intubation of the larynx.)** *Lancet. 26. November 1892.*

Kurzer Bericht über 22 Fälle, alle Kinder betreffend, bei denen wegen acuter laryngealer Stenose, die das Leben gefährdete, die Intubation gemacht wurde an Stelle der Tracheotomie. — 10 von diesen heilten.

MACKENCIE-JOHNSTON.

127) **F. E. Waxham. Bericht über 400 Fälle von Intubation des Kehlkopfs mit einigen practischen Deductionen. (Report of 400 cases of intubation of the larynx with practical deductions.)** *Journal Am. Med. Assoc. 17. Decemb. 1892.*

Es kamen vor 139 Heilungen = 34,75 pCt.

134 Fälle waren unter 3 Jahren alt, von ihnen geheilt 25,37 pCt., also in einem Alter, wo die Tracheotomie selten Erfolg hat.

Unter den ersten 100 Fällen waren 27 Heilungen.
„ „ zweiten „ „ „ 34 „
„ „ dritten „ „ „ 40 „
„ „ vierten „ „ „ 39 „

Um die besten Resultate dieser Operation zu erreichen, sollte sie nur von denen geübt werden, die durch besondere Geschicklichkeit oder lange Uebung befähigt sind, sie schnell, leicht und geschickt ausführen.

W. J. SWIFT (LEFFERS).

128) **Chas. H. Knight. Intubation wegen Kehlkopfstenose bei einem 12jährigen Knaben. Retention der Röhre 10 Wochen lang. Tracheotomie. Tod an allgemeiner Tuberculose. (Intubation for stenosis of the larynx in a boy twelve years old. Retention of tube for ten weeks. Tracheotomy. Death from general tuberculosis.)** *N. Y. Med. Journ. 31. December 1892.*

Die Frage: Intubation oder Tracheotomie bei chronischer Kehlkopfstenose ist noch unentschieden. Die Geschichte des Falles ist in manchem Punkte von Interesse und mag als Beitrag zur Lösung der Frage von Werth sein.

LEFFERTS.

129) **W. P. Northrup. Unfälle bei der Intubation. (Accidents in intubation.)** *Philad. Med. News. 26. November 1892.*

Der Autor nimmt auf Lovett's jüngste Arbeit (cf. p. 505) Bezug, die er streng kritisirt; er sagt: „Lovett's Arbeit ist recht aufrichtig; seine Schlussfolgerungen stützen sich sicher auf das statistische Material. Allein sie sollen in die Tagesliteratur nicht Aufnahme finden, ohne dass diese 21 Tragödien in zwei Akten näher erklärt werden."

Dr. Lovett erzählt freimüthig die Geschichte seiner an Kummer so reichen Bethätigung an 21 kleinen Kindern, die ins Boston City Hospital aufgenommen waren, und fährt dann fort: „Diese Liste von Unfällen, die alle die Tracheotomie nöthig machen, scheint mir ein sehr ernster Commentar für die Operation der Intubation zu sein." Nur der erfahrene Intubationist kann diesen traurigen Scherz (? Red.) ganz würdigen. Schlechte Operateure und schlechte Instrumente sind der Fluch der Intubation gewesen. Von Anfang an, immer wieder und wieder hat O'Dwyer betont: „Die Operation ist nicht leicht; es ist ein Irrthum, wenn man sie dafür hält. Sie erfordert Uebung am Cadaver und zwar sehr viel Uebung." Dem Arzt oder Chirurgen, der nicht in der Lage ist, sich am Cadaver zu üben, soll der Rath gegeben werden „die Tracheotomie zu machen; man sieht dann, was man thut; es ist dies in der Hand des Anfängers die sichere Operation" (O'Dwyer). Die Geschicklichkeit zur Intubation ist Niemandem angeboren und auch keine Fassungsgabe vermag die Uebung zu ersetzen. Dass einer ein Chirurg ist, ist noch kein Grund dafür, dass er nun auch eine Intubationsröhre leicht und schnell in den Larynx eines nach Luft ringenden Kindes einlegen könnte. Sicher kommt die Zeit, wo man den geübten Operateur holen wird, um die Patienten des allgemeinen Praktikers zu intubiren, und zwar bevor der Larynx durch vorherige vergebliche Versuche verletzt worden ist.

LEFFERTS.

130) **Baer. Muralt** (Zürich). **Neues Instrumentarium zur Intubation. Referat über eine Demonstration.** — *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 22. S. 706.*

U. a. Abänderungen sind die Köpfe der Tuben kleiner, so dass sich der Kehldeckel leicht darüber zurücklegen kann, was das Verschlucken verhütet. Es können auch Tuben mit kreisrundem Lumen verwendet werden. Zu der sich dem Referat anschliessenden statistischen Bemerkung, dass man unter 323 Tracheotomien nur 34,8 pCt., unter 74 Intubationen aber 43 3 pCt. Heilungen gehabt hat, kann Unterzeichneter nur wieder bemerken, dass solche kurz angebundene Vergleiche ganz unstatthaft sind, da ohne Weiteres von vornherein angenommen werden muss, dass die tracheotomirten Fälle durchschnittlich die schwereren gewesen sind als die intubirten, die Zahlen also rein nichts beweisen.

JONQUIÈRE.

131) **J. M. Darter. Ein Kehlkopfkatheter. (A laryngeal catheter.)** *Courier-Record of Medicine. October 1892.*

Dieses Instrument ist viel billiger als die sonst für die Intubation angegebenen; es ist leicht einzuführen und leicht herausziehbar; es lässt sich in die Trachea beliebig weit einführen; verstopft es sich, so kann man es frei machen,

indem man in situ eine Saugekraft am Mundende wirken lässt. Der Arzt kann ausserdem medicamentöse Agentien an jedem Theile des Respirationstractus appliciren, einfach, indem er den Catheter vor dem Herausziehen mit denselben füllte. Dem Artikel ist ein Holzschnitt von dem Catheter beigegeben.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

132) E. Winkler (Bremen). **Eine kleine Abänderung der gebräuchlichen Kehlkopf- und Nasenrachenspiegel.** *Therap. Monatsh. November 1892.*

Damit jeder Pat. seinen eigenen leicht transportablen Spiegel hat, ist er an kurzem Stiel abschraubbar.

A. ROSENBERG.

133) **Lubet Barbon** und **Alb. Martin. Inhalationen von Mentholdämpfen bei der Tracheitis. (Inhalations de vapeurs de Menthol dans la tracheite.)** *Arch. intern. de laryngol. d'otolog. et de rhinologie. Bd. V. No. 2. 1892.*

Verf. lässt seit etwa 3 Jahren heisse Mentholdämpfe bei der Tracheitis inhaliren. Diese Inhalationen sind gut bei den leichteren Entzündungen mit Schmerz und stechenden unangenehmen Sensationen (Hustenreiz). Eine Ausnahme bilden die Trachealentzündungen der Tuberculösen, welche die Dämpfe schlecht vertragen.

E. J. MOURE.

134) **L. Lubliner. Ueber syphilitische Trachealstenose. (Zwezenia tchawicy pochodzenia przymiotowego.)** Aus Dr. Heryng's Abtheilung im St. Rochus-Hospital. — *Medycyna. No. 13, 15. 1892.*

Verf. beschreibt drei Fälle von syphilitischer Trachealstenose, von denen zwei durch Necroscopie und die mikropische Untersuchung ihre Bestätigung gefunden und in welchen die characteristischen Erkrankungen der Gefässwände sowohl wie die abnorme Wucherung des Bindegewebes ganz prägnant auftraten. In beiden Fällen war der Larynx zuerst afficirt. In einem Falle war die Tracheotomie nur theilweise im Stande die Athemnoth zu lindern. Im dritten Falle konnten durch Durchleuchtung der Trachea die Details der Stenosenbildung eruirt werden. Es zeigte sich, das die Anfangs als durchlöcherte Membran angenommene stenosirte Stelle einer cylindrischen Verdickung der Trachea entsprach.

T. HERYNG.

135) **R. D. Clarkson** (Edinburgh). **Eine ungewöhnliche Ursache von Dyspnoe nach Entfernung der Tracheotomiecanüle. (An unusual cause of dyspnoea after removal of tracheotomy tube.)** *Edinburgh Medical Journal. November 1892.*

Der Pat., ein 8jähriger Knabe war wegen Dyspnoe in das Kinderkrankenhaus aufgenommen und tracheotomirt worden. Zehn Tage später konnte er mit zugehaltener Canüle athmen, doch jedesmal wenn man versuchte die Canüle fortzulassen, trat nach ein paar Stunden die Dyspnoe wieder ein. Referent untersuchte den Larynx, doch war es unmöglich hinter die Epiglottis zu sehen. Indess war anzunehmen, dass die Abtragung der hypertrophischen Tonsillen und der adenoiden Vegetationen eine günstige Wirkung haben würde. Die Trachea wurde unter Chloroformnarkose untersucht und eine kleine Granulation von

Erbsengrösse gefunden; dieselbe wurde von Dr. Bell entfernt, der auch den Nasenrachenraum auskratzte. Hieraut erfolgte völlige Heilung,

P. MC. BRIDE.

136) F. Taylor (London). **Tracheale Pulsation. (Tracheal pulsation.)** *British Medical Journal. Jan. 30. 1892.*

Demonstration eines Patienten vor der Clinical Society of London am 22. Januar 1892, welcher das Symptom trachealer Pulsation bei Gegenwart eines Aortenaneurysma darbot. Sobald man den Ringknorpel zwischen dem Zeigefinger und Daumen nahm und kräftig emporzog, wurde die Pulsation deutlich verspürt.

SEMON.

f. Schilddrüse.

137) **Raimondo Canizzaro. Ueber die Function der Schilddrüse,** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. No. 9.*

C. kommt auf Grund seiner zahlreichen experimentellen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die Schilddrüse bildet eine für die Function des Nervensystems nothwendige Substanz. 2. Diese Substanz muss im Blut aller Thiere existiren und ist nur bei den Thieren in unzureichender Menge vorhanden, welche nach Exstirpation der Schilddrüse sterben. 3. Es müssen bei jedem Thiere ausser der Schilddrüse noch andere Organe existiren, welche dieselbe Function ausüben. 4. Das Product der Schilddrüse scheint sich, ausser im Blut auch in der grauen Substanz vorzufinden, wenn auch in geringerer Menge. 5. Das Bromkali hat eine Wirkung auf die Ganglienzellen, die einigermassen derjenigen gleicht, welches durch das thätige Princip der Schilddrüse ausgeübt wird. LANDGRAF.

138) v. Eiselsberg (Wien). **Ueber Wachsthumsstörungen bei Schafen nach Schilddrüsenexstirpation.** Vortrag, geh. in der kk. Gesellschaft der Aerzte am 21. October 1892. — *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 43.*

E. exstirpirte bei 2 von 4 gleich alten und gleich kräftigen Schafen die Schilddrüse und erzielte dadurch Zurückbleiben im Wachsthume und in der Entwicklung der geistigen Fähigkeiten (sit venia verbo). Die operirten Thiere werden demonstrirt und zeigen sich wirklich viel kleiner, schwächer, zaghafter, indolenter und blöder als die zugleich gezeigten Altersgenossen, die denselben Lebensbedingungen ausgesetzt waren. CHIARI.

139) Born (Santiago). **Strumenverbreitung in Argentinien und Chile.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 8. 1892.*

Während in Santiago del Estero der Kropf als eine grosse Seltenheit angesehen wird, ist er jenseits der Cordilleren im Gebirge von Chile, in Mendoza, Valparaiso, Santiago di Chile eine in allen Formen häufige und den Schweizer anheimelnde Erscheinung bei ca. 80 pCt. der Einwohner. Auch dort scheint das

Wasser der Infectionsträger zu sein, denn seit man es dort im Grossen filtrirt, nimmt die Zahl der Kröpfe stark ab. JONQUIÈRE.

140) **E. H. Linnell. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre)** *North Americ. Journal of Homoeopathy. November 1892.*

Bericht über einen Fall. L. giebt eine Liste der indicirten homoeopathischen (sic! Red.) Mittel. W. J. SWIFT (LEFFERTS).

141) **A. T. Davies** (London). **Basedow'sche Krankheit. (Graves' disease.)** *Brit. Med. Journal. November 19. 1892.*

Das Hauptinteresse dieses, am 9. November 1892 vor der Hunterian Society demonstrirten Falles bestand darin, dass das Leiden nachweisbar bereits 23 Jahre lang bestanden hatte. Der Vortragende wünschte zu wissen, was das gewöhnliche Ende der Krankheit sei.

In der Discussion ging die Meinung der Majorität dahin, dass die Mehrzahl der Patienten genese, dass aber in einer Reihe von Fällen Tod an Herzschwäche, Diabetes und erschöpfender Diarrhoe eintrete, und dass eine weitere Anzahl geisteskrank würde. SEMON.

142) **Murray Leslie. Basedow'sche Krankheit. (Exophthalmic goitre,)** *Edinburgh Med. Journal. December 1892.*

Eine Erörterung in der Royal Med. Society. P. MC. BRIDE.

143) **Chvostek** (Wien). **Ueber alimentäre Glycosurie bei Morbus Basedowii** *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 17, 18 u. 22*

Auf Grundlage von 6 Fällen von M. B., denen 150 g von Traubenzucker verabreicht wurden, und von 7 weiteren Fällen (Kraus, Ludwig und Kahler) kommt Ch. zum Resultate, dass in 69,2 pCt. der Fälle gesteigerte alimentäre Glyc. nachzuweisen ist u. z. von 0,25 bis 8,5 pCt. (einmal sogar 16,9 pCt.) des eingeführten Zuckers. Die Tachycardie ist nicht die Ursache der gesteigerten alim. Glycos. — Bei 21 Fällen von anderen functionellen Erkrankungen des Nervensystems fand sich eine gesteigerte alim. Glycos. Ch. führt die gesteigerte alim. Glycos. bei M. B. auf Störungen der Function der Assimilationsorgane zurück und nicht auf bulbäre Läsionen. Die Einzelheiten dieser wichtigen Arbeit besonders in Bezug auf Abgrenzung der alimentären Glycosurie gegen Diabetes mellitus sind im Originale nachzulesen. CHIARI.

144) **W. C. Wile. Ein Fall von Basedow'scher Krankheit geheilt durch Galvanisiren und Jodwasserstoffsäure-Syrup. (Case of exophthalmic goitre cured by galvanism and syrup of hydriodic acid.)** *New England Medical Monthly. November 1892.*

Der Pat. wurde (angeblich) geheilt in 8 Monaten.

W. J. SWIFT (LEFFERTS).

145) **Cardew** (London). **Behandlung der Basedow'schen Krankheit. (Treatment of Graves' disease.)** *British Medical Journal. Mai 7. 1892.*

Vortrag vor der Hunterian Society, am 27. April 1892, in welchem der Vor-

tragende die Anwendung des constanten Stroms in der Stärke von 2 bis 3 Milliampères empfahl. Die positive Electrode soll einen Umfang von 3 Zollen haben und hinten am Halse, gegenüber dem 7. Halswirbel aufgesetzt werden, die negative Electrode, welche $1\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser beträgt, soll an der Seite des Halses am vorderen Rande des Kopfnickers auf und ab bewegt werden. Die Electroden sind vorher in heisses Wasser zu tauchen, und die Applicationen sollen dreimal täglich gemacht werden und etwa 6 Minuten dauern. Der unmittelbare Effect, welcher sphygmographisch demonstrirt wurde, besteht in einer Verminderung der Plötzlichkeit, Heftigkeit und Zahl der Herzschläge mit gleichzeitiger Verminderung der Spannung in den Augen, in solchen Fällen, in denen Exophthalmus vorhanden ist. Weitere Details müssen im Original nachgelesen werden.

In der Discussion wurde eine Anzahl der altbekannten und von Zeit zu Zeit immer wieder von Neuem empfohlenen Mittel, (Belladonna, Jodkalium, Application von Kälte, Jodquecksilber, Eisen etc.) gerühmt. SEMON.

g. Oesophagus.

146) v. **Eiselsberg** (Wien). **Demonstration eines Patienten mit Pulsionsdivertikel des Oesophagus.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Wien am 11. November 1892. — *Wiener klin. Wochenschr. 1892. No. 46.*

Ein 63jähriger Mann spuckte seit 10 Jahren viel Schleim aus und seit 8 Jahren konnte er nur einen Theil der Speisen in den Magen befördern, der andere wurde bald wieder spontan ausgebrochen. Seit zwei Jahren constatirte seine Umgebung , dass sich beim Trinken auf der linken Halsseite bis zur Clavicula hinunter eine faustgrosse Geschwulst bilde, welche sich durch Druck in den Mund entleeren lasse. Nach Demonstration dieser Erscheinung bemerkt v. E., dass Billroth nächster Tage den ganzen Sack exstirpiren wolle. Laryngoscopisch war nichts zu sehen. Eine dicke Bougie gelangte leicht in das Divertikel.

CHIARI.

147) **Kocher** (Bern). **Das Oesophagus-Divertikel und dessen Behandlung.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. H. 8. 1892.*

K. theilt in einer interessanten Abhandlung im Anschluss an die Bergmannsche Publication (Langenbecks Archiv, B. 48) zwei glücklich operirte Fälle mit. Leider ist das Alter der Pat. nicht angegeben. Diese Fälle ergeben wichtige diagnostische Gesichtspunkte:

1. Anfangs blieben nur die ersten Bissen stecken, während auf diese hin die Speisen besser hinunterglitten.

2. Stete Verschlimmerung des Schluckens bei langer Dauer der Krankheit und relativ gutem Allgemeinbefinden.

3. Von einer gewissen Zeit an Regurgitation der Speisen und zwar nicht sofort, sondern erst nach Stunden, wobei die erstgeschluckten Speisen zuletzt herauskommen.

4. Die Möglichkeit, die Speisen durch Druck mit einem Male herauszubefördern.

5. Fehlender Nachweis einer deutlichen Geschwulst am Halse, dagegen

6. Quatschen bei Druck auf den Hals.

7. Charakteristische Möglichkeit eine sehr dicke weiche Kautschucksonde der einen Seitenwand des Oesophagus entlang mit Leichtigkeit durchzuführen, während unmittelbar darauf eine dünne Sonde an der anderen Oesophagusseite nicht durchgeht.

8. Ebenso Steckenbleiben einer dünnen Sonde, aber Möglichkeit neben derselben eine dickere einzuführen, welche durch die erstere verhindert wird, sich im Divertikel zu fangen, da jene selbst schon darin steckt.

9. Lage: Eingang zum Sack in der Höhe des Ringknorpels (angenommen 14 cm von den Schneidezähnen), Widerstand 20—21 cm tief (6—7 cm Länge des Sackes).

9. Ausschluss einer bekannten Ursache und einer Veränderung, welche auf einer anderen Structur schliessen lassen könnte, auch der Syphilis.

Bezüglich der Entstehung dieser Divertikel macht K., abgesehen von den schon bestehenden Theorien, auf eine weitere Möglichkeit aufmerksam, indem er der Angabe eines seiner beiden Fälle gemäss annimmt, dass heftiges Erbrechen gerade in der Höhe des Ringknorpels, wo die Divertikel häufig vorkommen, durch den Druck von Innen resp. Unten eine Stauung in der Speiseröhre und somit Ausweitung derselben nach sich ziehen kann, weit eher jedenfalls, als das gewaltsame Schlucken durch den Druck von oben. Anhaltspunkte für die Zurückführung der Oesophagusdivertikel auf embryonale Verhältnisse werden von K. einstweilen nicht als sicher anerkannt.

Anatomisch zeigt die Wand des Sackes normale Bestandtheile des Oesophagus, während die Wanddicke des ersteren diejenige des letzteren um das 3- bis $3^1/_2$ fache überbietet, aber in weit grösserem Verhältnisse Faserschicht enthält.

Die Prognose ist trotz der langen Dauer ohne die Operation eine schlechte, aber die Beschwerden zwingen doch die Patienten immer mehr zur Operation. Abgesehen von den Schluckhindernissen und ihren Folgen ist zugleich als Symptom

10. der furchtbare Fötor zu nennen, der durch Zersetzung des Inhaltes der Divertikel entsteht. Diese Zersetzung birgt auch die Gefahren der Ulceration der Wandungen und der periösophagealen Phlegmonen in sich. —

Die Operationsmethode Kocher's: Doppelte Umschnürung des Stiles vor der Durchtrennung desselben mittelst Thermocauter, Cauterisation der Schleimhaut, Längsübernähung des Stumpfes mit Oesophaguswand in fortlaufender Naht unter tadelloser Asepsis haben zum ersten Male den Beweis erbracht, „dass man auch ein Oesophagusdivertikel bei correctem Vorgehen durch eine vollkommene Prima intentio zur Heilung bringen kann.“ Der zweite Patient musste im Ganzen nur mehr 5 Tage per rectum ernährt werden.

JONQUIERE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

F. H. Bosworth (New York). **Ein Lehrbuch der Hals- und Nasenkrankheiten. (A treatise on diseases of the nose and throat.)** In zwei Bänden. Band II. New York 1892. W. Wood & Co.

Der vorliegende Band behandelt die gesammten Halskrankheiten, einschliesslich der Rachen- und Kehlkopfaffectionen. Der Verf. theilt diese in 3 Abschnitte nämlich: die Krankheiten des Schlundes; die Krankheiten des Kehlkopfs; und die äussere Halschirurgie. Mit dem Index hat das Werk einen beträchtlichen Umfang, 832 Seiten. Blättern wir die einzelnen Abschnitte durch, so finden wir, dass der erste Theil, der den Rachen und die angrenzenden Theile des Schlundes, wie ihn der Autor mit Vorliebe nennt, behandelt, nicht weniger als 433 Seiten in Anspruch nimmt; der zweite Theil, der den Larynx behandelt, umfasst 321 Seiten, während Seite 758 bis zum Ende einnehmen die „äussere Chirurgie des Halses" und das Autoren- und Sachregister.

Dies die räumliche und allgemeine Anordnung des grossen Buches; betrachten wir nun zunächst seine Ansprüche und seinen Zweck. Das Werk ist nicht ohne Ambition, ersichtlich soll es nicht dem Anfänger dienen, sondern dem Erfahrenen. An das vorliegende Werk muss darum bei der Beurtheilung der allerhöchste Massstab angelegt werden und es ist nicht als Splitterrichterei anzusehen, wenn wir im folgenden einige Ausstellungen machen. Es ist viel zu breit angelegt, um ein Lehrbuch für den Allgemeinpraktiker zu sein, und hat auch noch manche andere Fehler, auf die wir gleich zu sprechen kommen werden, der es für diesen Zweck untauglich machen würde. Andrerseits können wir gewissenhaft erklären, dass nach unserer Meinung das Bosworth'sche Werk, hätte es die nachher zu rügenden Mängel nicht, in die erste Reihe unserer besten Bücher gehörte. Und diese Mängel sind, wie man sehen wird, in einer späteren Ausgabe leicht abzustellen. Es kann niemand leugnen, dass Bosworth ein Mann von weiter Belesenheit ist und wohl jeder Laryngologe wird beim Studium dieses grossen Werkes irgend etwas ihm Neues finden und wenn er auch hier und da die neuesten Anschauungen auf dem fraglichen Gebiete vermissen wird, so wird er sich entschädigt sehen durch die stets hoch originellen, wenn auch nicht immer leicht acceptablen Ansichten des Verf.'s. Die letzteren werden freilich oft in einer etwas didactischen Manier vorgetragen. So erfahren wir (S. 40) dass „die chronische Pharyngitis niemals die Folge wiederholter Attaken von acuter Entzündung ist." Nach solch' einem Satze ist unsere Stellung logisch so; Dr. Bosworth sagt nein, andere Autoren sagen ja: Fragt sich, wer Recht hat? Wir erwähnen diese Stelle nur, um ein Beispiel von dem Styl des Autors zu geben. — Bei der Behandlung der Bräune empfiehlt B. ein nach unserer Ansicht etwas heroisches Abführmittel (10—15 gr Calomel oder blaue Pillenmasse).

Durch das ganze Werk zieht sich eine grosse Vorliebe für die kalte Draht-

schlinge und in dem Kapitel über die Hypertrophie der Tonsillen finden wir folgenden Passus: „Zweifellos kommen hin und wieder Fälle vor, besonders bei Erwachsenen, in denen die Tonsille flach und tief zwischen die Gaumenbögen eingebettet ist, in einer Weise, dass das Tonsillotom sie nicht erreichen kann. In diesen Fällen kann man zum Messer greifen, obgleich meine Erfahrungen ganz entschieden zu Gunsten der kalten Drahtschlinge sprechen.“ Unser Autor muss in der That eine bemerkenswerthe manuelle Geschicklichkeit besitzen, wenn er das hier angedeutete Manöver auszuführen imstande ist. — Etwas weiterhin spricht B. energisch für eine vollständige Entfernung der hypertrophischen Tonsillen d. h. nicht nur eine Abtragung eines Theiles derselben. Es will uns aber nicht klar werden, wie B. bei seinen Methoden dies praktisch durchführen kann; die meisten Laryngologen andererseits werden nicht leicht von der Nothwendigkeit solchen Vorgehens sich überzeugen. Wir glauben ferner, dass der Autor die Schwierigkeiten, die Differentialdiagnose zwischen einfacher „croupöser Tonsillitis“ und Diphtherie zu stellen, unterschätzt. Bei der Besprechung der Hypertrophie der Zungentonsille wird wieder die kalte Schlinge empfohlen zur Entfernung der hypertrophirten Partien, allein es ist doch sicherlich zuzugeben, dass nur in seltenen Ausnahmefällen ein derartiges Vorgehen möglich ist. — Zur lokalen Application bei der Diphtherie werden Eisenpräparate empfohlen, weil „die Wirkung des Eisens dahin geht, in antagonistischer Weise den lokalisirten fibrinösen Process zu coupiren (to antagonize and intercept the localised fibrinous process) und dadurch die Nester, in denen der spezifische Bacill wuchert, ausser Thätigkeit zu setzen.“ Wir bekennen, dass es uns schwer fällt, zu sagen, was der Verf. hier eigentlich meint; vielleicht, dass andere dies leichter verstehen. — Bei weitem die besten Kapitel in dem ersten Theile des Buches sind die über die Neubildungen und die meisten Laryngologen werden aus dem wirklich werthvollen Inhalt desselben Belehrung schöpfen; zugleich aber können wir uns des Gedankens nicht erwehren, dass die für die Diagnostik der malignen Erkrankung der Tonsille gegebenen Anweisungen (auf S. 417) gar zu feine und deshalb praktisch nicht nutzbar sind und wir können es wohl verstehen, wenn Mancher dieser Darlegungen als Spitzfindigkeiten bezeichnen wird.

In dem zweiten Theile finden wir zuerst ein Kapitel über die Anatomie des Kehlkopfs; es folgt ein zweites über die Physiologie, das in hohem Maasse unbefriedigend genannt werden muss. „In derselben Richtung sich bewegend wie Semon und Horseley (sic.) sind eine Reihe physiologischer Untersuchungen angestellt an niederen Thieren. Diese sind den von Krause angestellten Experimenten ziemlich ähnlich und gelangten auch zu denselben Schlüssen. Das Trügerische aller dieser Deductionen ist bereits hervorgehoben worden“ schreibt der Verf. im Schlussparagraphen. Jedermann ist befugt zu eigener Anschauung, allein wir bezweifeln die Berechtigung, in dieser Weise fremde Ansichten zu kritisiren, ohne sie auch nur ausführlich darzulegen. Kennt Dr. Bosworth denn die Arbeiten von Semon und Horsley zur Aufklärung der Neurologie des Kehlkopfes nach dem Jahre 1886 nicht?

Im Kapitel über die Laryngoskopie vermissen wir eine eingehende Erörterung der Killian'schen Methode zur Untersuchung der hinteren Wand des Kehl-

kopfs und der Trachea — eines Punktes, der doch einige praktische Bedeutung bezitzt.

Mancher Leser wird auch den Abschnitt, der die Therapie der acuten Laryngitis behandelt, für nicht gelungen halten, sowohl weil er zu weitschweifig ist, als auch wegen der Empfehlung von Methoden, denen der Leser selbst nicht beipflichten kann. Uns würde es beispielshalber sehr unangenehm berühren, wenn man uns die Nase mit Chromsäure cauterisirte, weil wir uns nach einem Schnupfen eine Laryngitis zugezogen haben (S. 491. 92). Bei Besprechung der Wirkung flüchtiger Agentien — darunter das Terpentinöl — sagt uns der Verf., dass „diese Droguen adstringirende Eigenschaften nicht besitzen" (S. 493) — eine Behauptung, der man unserer Ansicht nach schwer zustimmen kann. Der Verf. scheint anzunehmen, dass die Laryngitis sicca gewöhnlich, wenn nicht immer, mit einem atrophischen Zustand der Nase oder des Rachens verbunden ist. Unsere eigene Erfahrung steht dieser Ansicht durchaus entgegen, ebenso wie der Behauptung, dass „foetider Athem ein constantes Symptom dieser Erkrankung ist."

Im Capitel über die Kehlkopfblutungen hören wir, dass die Einführung des Kehlkopfspiegels „den Beobachter in den Stand setzt, die Kehlkopfschleimhaut als die nicht seltene Quelle der Blutung zu erkennen"; doch schon auf der folgenden Seite wird von der „hervorragenden Seltenheit der Kehlkopfblutung" gesprochen und dass dies letztere in der That richtig ist, werden die meisten Laryngologen wohl zugeben.

Auch das Capitel über die Tuberculose kann uns nicht befriedigen; es fehlt uns eine genauere Erwähnung der tuberculösen Tumoren des Kehlkopfs, wie sie von J. N. Mackenzie und Anderen beschrieben worden sind. Die Neurosen des Kehlkopfs werden ganz nach den alten Anschauungen abgehandelt; so wird die Thatsache — wir nehmen an, dass die Mehrzahl der Laryngologen dies jetzt als Thatsache anerkannt — dass die Abductorenlähmung und die Lähmung des Recurrens Stadien ein und desselben Processes sind, nicht erwähnt. Es ist richtig, dass auf Seite 651—654 die Semon'schen Anschauungen besprochen werden; allein es scheint fast, als ob der Autor mit einigen der neusten und wichtigsten Untersuchungen auf dem Gebiete der Kehlkopfinnervation unbekannt ist; schreibt er doch: „Lässt sich denn die feine Differenzirung und die scharfe Localisation eines Krankheitsprocesses in den Gangliencentren oder in der Continuität eines Nerven auf irgend eine Weise nachahmen oder kann man ihnen auch nur nahe kommen mit den gewaltsamen, plumpen und rohen Manipulationen der Physiologen, mit Messer und Scheere?" Der moderne Physiologe wird ebenso wie der Laryngologe überrascht sein von diesen Erwägungen des Verf.'s.

Bei Besprechung des Glottiskrampfes der Kinder stösst uns folgender Satz auf: „3—4 Milligramm Morphium zusammen mit 1 Decimilligramm Atropin subcutan beigebracht, dürfte wahrscheinlich für ein Kind von 18 Monaten ohne Gefahr sein und wohl gute Resultate haben." Der Leser eines Lehrbuches hat das Recht, genauere Informationen zu erwarten, als diese; entweder das Verfahren ist als sicher bekannt oder es ist es nicht und dann darf es nicht empfohlen werden.

In dem Abschnitt „Laryngeale Incoordination" finden wir den Inspirations-

spasmus nicht erwähnt, der doch gelegentlich vorkommt und auch in den meisten neueren Werken beschrieben ist.

Wir übergehen mehrere Capitel, um uns dem letzten Abschnitt des zweiten Theiles zuzuwenden, der die laryngealen Neubildungen behandelt. Hier hätten wir eine bessere Benutzung der neueren Literatur erwartet; so fehlen bei der Besprechung des Lipoms mehrere der publicirten Fälle.

Die maligne Erkrankung ist sehr kurz und, wie wir meinen, in unzureichender Weise abgehandelt. Ein gewisser Mangel der richtigen Proportionen ist einer der Fehler des Buches und dies tritt nirgends deutlicher hervor als in dem Schlusscapitel des zweiten Theiles, beim „Carcinom des Kehlkopfs“, das etwa 10 Seiten umfasst. Wenn wir hinzufügen, dass das Carcinom des Schlundes 34 Seiten einnimmt, dann bedarf es wohl keines weiteren Beweises für unsere Behauptung; doch sei zum Ueberfluss noch erwähnt, dass der acuten Pharyngitis 13 Seiten gewidmet sind — gegenüber 10, die dem Kehlkopfkrebs gehören.

In gewissen Theilen des Werkes ist der Verf. zu ausführlich, in anderen wiederum steht er nicht auf der Höhe und hat auch in seiner Ausdrucksweise die für den Leser zweckmässigste Form nicht gefunden. Der Autor eines wohl überlegten und sorgsam durchgearbeiteten Buches soll seine Meinung klar zu machen wissen, er darf nicht beständig auf denselben Punkt zurückkommen und in häufigen Wiederholungen beginnen „mit andern Worten“. Wiederholt kehrt dieselbe Behauptung sogar mit denselben Worten in einem und demselben Abschnitt wieder, so S. 485 „Das Leiden ist kein ernsthaftes . . . . . das Leiden hat gewöhnlich keinen ernsthaften Charakter . . . . .“

Die Abbildungen der pathologischen Zustände sind nicht gut und wir möchten für spätere Ausgaben empfehlen, manche derselben fortzulassen oder zu verbessern; überhaupt sehen wir einer zweiten Auflage des Buches mit Interesse entgegen, denn wir glauben, wenn die übergrosse Weitschweifigkeit besonders im ersten Theile gekürzt, der zweite Theil dagegen erweitert und auf die jetzige Höhe gebracht wird, wenn weiterhin der Autor seine Eindrücke in noch unentschiedenen Fragen weniger dogmatisch gestalten wird, dass er dann seinem Werk einen hohen Platz unter den vorhandenen Lehrbüchern der Halskrankheiten sichern wird.

Die letzten 50 Seiten beschäftigen sich mit der äusseren Chirurgie des Halses; sie sind für den Chirurgen von grösserem Interesse, als für den Laryngologen.

P. Mc Bride.

Namen-Register.*)

*) Die dünn gedruckten Zahlen hinter den Autornamen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, während die fett gedruckten sich auf Citate seiner Ansichten, Theilnahme an Discussionen etc. etc. beziehen.

C.

D.

G.

H.

I. J.

K.

M.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Z.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.